OMEGA

Jan Jaroszyński

WSPÓŁCZESNE POGLĄDY NA CHOROBY PSYCHICZNE



Doc. dr Jan Jaroszyński urodził się 12 grudnia 1916 r. w Bogucicach (woj. kieleckie). Szkołę średnią ukończył w Warszawie, a studia w r.1940 na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Był kolejno asystentem i adiunktem w Instytucie Higieny Psychicznej i w Klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie. W latach 1952/53 prowadził wykłady na Akademii Medycznej w Szczecinie. Obecnie jest docentem w Instytucie Psychoneurologicznym w Warszawie. Ma w swym dorobku prace naukowe i popularnonaukowe z dziedziny psychopatii, katatonii i psychiatrycznego lecznictwa farmakologicznego.

Współczesna Biblioteka Naukowa

Omega

Jan Jaroszyński

Współczesne poglądy na choroby psychiczne

Warszawa 1964
Państwowe Wydawnictwo Naukowe

Okładkę projektował: Tadeusz Pietrzyk

Państwowe Wydawnictwo Naukowe — Warszawa 1964

Redaktor: Zofia Brzezińska

Redaktor techniczny: Leokadia Lass

Wydanie I. Nakład 27.740 + 270 egzempl.
Ark. wyd. 6,25. Ark. druk. 8,0.
Papier ilustr. V kl. 70 g, 77 × 95 cm
Oddano do składania 18 XI 1963 r.
Podpisano do druku w kwietniu 1964.
Druk ukończono w maju 1964.
Zamówienie 2127/63 — O-2 Cena w subskrypcji zł 10,—

Zakłady Graficzne im. M. Kasprzaka w Poznaniu

1

Kilka słów wstępu i nieco historii

Często mówi się, że ustalenie definicji choroby psychicznej jest rzeczą bardzo trudną, a sformułowanie jej w sposób jednoznaczny nie jest możliwe. Wielu autorów daje określenia znacznie różniące się między sobą, a niektórzy psychiatrzy unikają wręcz ich formułowania. Istotnie, sprawa nie jest prosta, tak jak nie jest również zbyt proste ani łatwe w niektórych innych dziedzinach nauki definiowanie, które zadowoliłoby wszystkich. Sytuacja występująca pod tym względem w psychiatrii zależy w znacznym stopniu od punktu widzenia na istotę chorób psychicznych, zależy niejako od szkoły myślenia psychiatrycznego. Sięgnijmy do przykładów. Możliwe jest więc podejście przyrodnicze, które aczkolwiek od dawna już miało w psychiatrii wielu zwolenników, to wyraźnie zaznaczyło się dopiero od czasu, gdy odpowiednio rozwinęły się nauki podstawowe. Postępy anatomii ośrodkowego układu nerwowego w XIX w. umożliwiły wiązanie niektórych czynności psychicznych z określonymi okolicami mózgu. Stwierdzenie uszkodzeń konkretnych jego odcinków, w przypadkach np. afazji (C. Wernicke, P. P. Broca), dało uzasadnione podstawy do ujmowania chorób psychicznych jako chorób mózgu. Taka myśl przejawiała się już w medycynie wielokrotnie począwszy od czasów starożytnych, dopiero jednak

w XIX w. uzyskała podbudowę naukową. Definiowanie chorób psychicznych jako chorób mózgu ma stale wielu zwolenników wśród psychiatrów, interesujących się zagadnieniami neurologicznymi, anatomopatologicznymi itp. Skłania się też ku tej definicji wielu innych klinicystów.

Stanowisko przeciwstawne reprezentowane jest w psychiatrii przez różne kierunki psychologiczne, które zajęły określone miejsce w nauce również w w. XIX w związku z rozwojem psychologii eksperymentalnej (W. Wundt). Współcześni zwolennicy tego stanowiska nawiązują jednak raczej do psychoanalizy, zwłaszcza zaś do zasad wyłożonych przez jej twórcę — S. Freuda, i twierdzą, że istotą choroby psychicznej nie jest stan tkanki mózgowej, lecz wzajemny stosunek między pewnymi formacjami psychicznymi (*superego, ego, id*) kształtującymi się w trakcie rozwoju osobniczego w związku z przeżyciami, konfliktami, wpływami wychowawczymi. Różnice w ujmowaniu tych zagadnień stanowią swego rodzaju przedłużenie dawnej walki „somatyków" i „psychików". Stanowisko w pewnym sensie pośrednie zajmują zwolennicy kierunków zapoczątkowanych przez zdobycze fizjologii układu nerwowego (J. Pawłow, Ch. S. Sherrington i in.). Przywiązują oni szczególną rolę do czynności ośrodkowego układu nerwowego, uważając, że zaburzenie tych czynności jest istotne dla każdej choroby psychicznej.

Znane są jeszcze inne podejścia przy wyjaśnianiu istoty i przyczyn chorób psychicznych. O niektórych z nich będzie mowa w dalszych rozdziałach, tymczasem jednak te trzy przykłady, na których zatrzymaliśmy się, są, jak się wydaje, zupełnie wystarczające do zilustrowania części trudności definicyjnych. Są bowiem i dalsze, związane z koniecznością wprowadzania do definicji innych kryteriów: interesuje nas przecież nie tylko istota choroby psychicznej, ale i jej znaczenie dla chorego i jego otoczenia, a więc nie same przyczyny, lecz również i skutki. To kryterium kształtuje się zwykle jako tzw. kryterium społeczne: o chorobie psychicznej mówimy zwykle dopiero wtedy, gdy zaburza ona w istotny sposób adaptację społeczną. Bo mogą np. występować wykrywane za pomocą różnych metod badania zmiany

anatomiczne w ośrodkowym układzie nerwowym, a niepowodujące choroby psychicznej.

Oczywiście nie tylko chorzy mają trudności w dostosowaniu się do środowiska, w sprostaniu jego wymaganiom, choroba jednak daje pod tym względem pewien obraz szczególny. Mamy tu do czynienia z zaburzeniem czynności psychicznych i to dopiero, niejako wtórnie, wpływa na możliwości przystosowania. Człowiek chory np. na głęboką depresję wypada na czas choroby z życia, ponieważ ten jego stan powoduje osłabienie aktywności, spowolnienie ruchowe i spowolnienie myślenia, a głębokie przygnębienie nie pozwala zająć się czymkolwiek. Zupełnie inaczej przedstawia się pochodzenie dezadaptacji społecznej człowieka, który postępuje podobnie, jak pewne osoby z jego otoczenia, nie biorące i nie chcące brać udziału w życiu społeczeństwa.

Znaczenie społeczne chorób psychicznych wiąże się oczywiście z częstością ich występowania, z ilością chorych psychicznie w społeczeństwie. Na ten temat słyszy się wiele zaskakujących wprost opinii. Mówi się np., że psychiatrzy uważają wszystkich za po trosze chorych. Niedawno podano w prasie codziennej informacje, że w Nowym Jorku choruje psychicznie 80% mieszkańców. Wszystkie te opinie mają swoje źródła w nieporozumieniach. Takie ujmowanie zagadnienia ilości psychicznie chorych nie ma oczywiście żadnych podstaw. Pojęcie choroby psychicznej obejmującej całą ludzkość, czy jej większość, byłoby przecież zupełnie zbędne. Jeżeli wszyscy byliby chorzy, zniknęłaby granica między zdrowiem i chorobą.

W tym rozdziale zajmujemy się jedynie chorobami psychicznymi we właściwym, ścisłym sensie. Nie interesują nas chwilowo nerwice, niedorozwój umysłowy itd., obejmowane zwykle (wraz z chorobami psychicznymi) szerszym pojęciem: „zaburzenia psychiczne". Sprawą częstości chorób (i zaburzeń) psychicznych zajmuje się stosunkowo młoda gałąź psychiatrii, epidemiologia psychiatryczna. Dostarczyła ona już pewnych danych orientacyjnych. Według wyników, uzyskanych w niektórych krajach Europy i Ameryki, uważa się obecnie, że liczba

chorych psychicznie wymagających leczenia szpitalnego, wynosi 2 do 3 osób na tysiąc mieszkańców, a liczba ogółu psychicznie chorych jest kilkakrotnie większa.

Liczba psychicznie chorych, jak się okazuje, jest dostatecznie dużą na to, aby stanowiła na całym świecie kolosalny problem społeczny. Już samo tworzenie i prowadzenie szpitali psychiatrycznych jest olbrzymim zadaniem. Według norm międzynarodowych na łóżka w szpitalach psychiatrycznych przypada od jednej trzeciej do połowy łóżek szpitalnych wszystkich specjalności łącznie. Oczywiście pociąga to za sobą konieczność wielkich nakładów finansowych, przygotowania olbrzymiej kadry fachowej itd. Na tym jednak nie kończy się problem: również chorzy poza szpitalami wymagają opieki leczniczej, specjalnych urządzeń socjalnych, a często także pomocy materialnej.

Jeśli idzie o inne zaburzenia psychiczne, to spotkamy się ze znacznie wyższymi liczbami: niedorozwój umysłowy w każdym społeczeństwie europejskim obejmuje kilka procent ludności. Nie należy oczywiście sądzić, że zaburzenia psychiczne obejmują większą część ludzkości. Do opisu tych zaburzeń wrócimy w dalszych rozdziałach, teraz idzie nam tylko o zwrócenie uwagi na ich znaczenie ilościowe, zwłaszcza że szerzej rozprzestrzeniają się i głębiej „wrastają" w społeczeństwo. Oprócz leczenia wymagają także różnorakiej opieki ze strony społeczeństwa. Już sam niedorozwój umysłowy wymaga specjalnych szkół, zakładów wychowawczych i opiekuńczych, organizowania odrębnego przygotowania zawodowego. Wszystkie formy zaburzeń psychicznych wpływają na kształtowanie się życia rodzinnego i zawodowego, na szereg zagadnień prawnych i społecznych.

Trudno jednak powiedzieć, w jakim stopniu słuszne są pojawiające się co najmniej od kilkudziesięciu lat alarmy o mnożeniu się zaburzeń psychicznych. Jest raczej pewne, że choroby psychiczne (*sensu stricto*) nie rozpowszechniają się. Notuje się pewne wahania *in plus*, np. ilości chorób psychicznych pochodzenia kiłowego, alkoholowego, a także związanych np. z zatruciami zawodowymi. W ogólnym rachunku nie mają one poważniej-

szego znaczenia, gdyż nie stanowią zbyt dużego odsetka psychoz w ogóle. Najprawdopodobniej nie wzrasta również liczba przypadków niedorozwoju umysłowego i psychopatii. Najtrudniej ocenić sprawę ilości nerwic; w każdym razie nie ma dotychczas całkowicie przekonujących dowodów na to, że pozycja ta powiększa się. Drugim, obok sprawy zasięgu chorób i zaburzeń psychicznych, jest problem znaczenia, jakie odgrywały one na przestrzeni lat. Można powiedzieć, że waga tego problemu rośnie niemal automatycznie w miarę rozwoju możliwości oddziaływania leczniczego. Przekona nas o tym choćby krótkie spojrzenie wstecz.

W starożytnej Grecji filozof i matematyk Pitagoras uważa mózg za siedlisko czynności psychicznych. Podobny pogląd reprezentował Hipokrates, który opisał szereg objawów zaburzeń psychicznych. Hipokratesowi przypisuje się także stworzenie pierwszej typologii temperamentu. Nie należy ona wprawdzie do psychiatrii, wywarła jednak duży wpływ na wiele późniejszych szkół psychiatrycznych. Można przypomnieć, że idzie tu o znane rozróżnienie typów: choleryka, sangwinika, melancholika i flegmatyka. Dotychczas uważa się, że zasługą Hipokratesa było wskazanie na możliwość wiązania temperamentu, a przede wszystkim takich jego cech, jak szybkość i siła reagowania, czy też nastrój — z czynnościami organizmu jako całości. W nowych czasach nawiązują do Hipokratesa zarówno Pawłow, jak i wielu typologów, łączących temperament z czynnościami gruczołów wewnętrznego wydzielania, układu nerwowego wegetatywnego lub budową ciała.

Szereg objawów chorób psychicznych znany był także innym twórcom medycyny starożytnej. Aretajos wspominał np. o zaburzeniach psychicznych w przebiegu padaczki. Rufus zauważył wpływ leczniczy zimnicy (malarii) na niektóre zaburzenia psychiczne i sam pragnął stosować leczenie gorączkowe, lecz nie miał oczywiście ku temu w owych czasach możliwości.

Poza szpitalami wojskowymi i małymi szpitalami prywatnymi dla niewolników (mowa tu o czasach rzymskich)

nie było w starożytności szpitali, a więc i szpitali psychiatrycznych.

Sprawy psychicznie chorych znajdowały w owych czasach pewne zrozumienie w oczach prawa, które zalecało oddawanie ich pod opiekę rodziny (Rzym) i odbierało możliwość rozporządzania własnym majątkiem. Prawo rzymskie znało np. pojęcie *„lucida intervalla"* (okresy wolne od objawów chorobowych). Społeczeństwo średniowieczne nie poświęcało wiele uwagi psychicznie chorym. Starożytne próby racjonalnego, lekarskiego rozwiązywania spraw choroby psychicznej poszły w zapomnienie. Część chorych znajdowała miejsce w nielicznych przytułkach, w których warunki były pożałowania godne. Psychicznie chorzy byli też stale pensjonariuszami więzień, jeżeli naruszali porządek publiczny. Bardziej racjonalna opieka nad psychicznie chorymi rozwinęła się poza Europą, a mianowicie w krajach arabskich, gdzie budowano odrębne szpitale psychiatryczne.

O ile w starożytności psychiatrię traktowano jako część medycyny, o tyle w średniowieczu uznawano powszechnie nadnaturalne przyczyny zaburzeń psychicznych. Miały one być karą za grzechy lub „doświadczeniem dla dobra grzesznika". Lekarze nie mieli przeważnie odwagi szukać naturalnych przyczyn tych chorób, ani, tym bardziej, podejmować próby ich leczenia. Jednocześnie trwała stara wiara w istnienie czarowników i czarownic, zdolnych „rzucać urok" na ludzi i dobytek. Znane procesy czarownic odbywały się w wielu krajach jeszcze i w późniejszych czasach. Zagadnienie jest podwójnie ważne z psychiatrycznego punktu widzenia: po pierwsze, same „czarownice" były niejednokrotnie psychicznie chore; po drugie, istniało wiele „epidemii psychicznych" obejmujących tak rzekome czarownice, jak i całe środowiska społeczne, walczące z czarami i poszukujące coraz to nowych ofiar. Temat ten był wielokrotnie wyzyskiwany w literaturze pięknej.

Jednym z pierwszych lekarzy, usiłujących walczyć z „obłędem polowania na czarownice" był Johann Weyer. Wystąpienie jego (1563) nie odniosło jednak pożądanego

skutku. We Francji procesy czarownic ustały dopiero w połowie w. XVII, a np. w Anglii — znacznie później.

Okres nowożytny zaznaczył się całym szeregiem odkryć w medycynie, a chorobom psychicznym przywracano powoli właściwe miejsce, tzn. uznano je znów za zjawisko naturalne. Wiele jednak było na to potrzeba czasu, zwłaszcza, że zależało to m. in. od rozwoju tego rodzaju podstawowych nauk, jak anatomia, fizjologia układu nerwowego, psychologia, czy też szeregu dziedzin medycyny naświetlających niektóre zagadnienia psychiatryczne, jak endokrynologia czy genetyka. Równolegle rozwijały się spory różnych szkół budujących ogólne poglądy na podstawie niewielkiej liczby faktów. Tak więc, wiele lat ciągnął się spór „somatyków", wyprowadzających wszelkie zaburzenia psychiczne ze schorzeń cielesnych — z „psychikami", uznającymi tylko wpływy psychiczne. Jeszcze na początku XIX w. wielki filozof I. Kant odmawiał lekarzom prawa zajmowania się chorobami psychicznymi, ponieważ — jego zdaniem — była to sprawa filozofów. W leczeniu owych chorób nie nastąpiły od czasów średniowiecznych aż do końca XVIII w. żadne poważniejsze zmiany.

Dzieło wydzielenia szpitali, odłączenia psychicznie chorych od więźniów, uwolnienia chorych z kajdan (w przenośni i dosłownie) zapoczątkował (1792) we Francji P. Pinel, aczkolwiek nie zdołał spowodować jakiegoś decydującego przełomu. Jeszcze w ciągu wielu następnych lat zarówno we Francji, jak i w innych krajach nie działo się pod tym względem najlepiej. Zachowały się np. raporty o wizytacji zakładów psychiatrycznych w Anglii z 1815 r. Rzeczą interesującą będzie zapoznać się z kilkoma wyjątkami (wg. W. Stafford-Clarka), dotyczącymi jednego z zakładów w Londynie. W raporcie o przytułku York czytamy: „Zaczęliśmy od odwiedzenia pomieszczeń dla kobiet; w jednym z bocznych pokoi było około dziesięciu pacjentek, każda przykuta do ściany za jedną nogę lub rękę... Kobiety miały rodzaj szlafroków z płótna, otwartych z przodu, były bose... Cele około 10 stóp kwadratowych... słoma przepojona moczem i kałem; w jednej celi coś w rodzaju

posłania, w pozostałych słoma luzem; ... na piętrze trzynaście kobiet w pokoju o wymiarach dwanaście stóp na siedem stóp i dziesięć cali..."

W XIX w. wielu poszło szybko śladami Pinela. Francuski psychiatra, J. E. D. Esquirol, był bodaj pierwszym „psychiatrycznym podróżnikiem", interesującym się warunkami w zakładach. Następca Pinela w paryskim szpitalu Bicêtre, Ferrus, kontynuował jego dzieło. Był też organizatorem pierwszych na świecie warsztatów dla chorych, twórcą późniejszej terapii pracy. Jego próby zyskały wprawdzie pewne uznanie, jednak nie przyjęły się w tym czasie szerzej, a nawet w Bicêtre nie były kontynuowane. W połowie XIX w., w Anglii J. Conolly wystąpił przeciw wszelkim formom unieruchomiania chorych, próbując jednocześnie znosić także w stosunku do nich inne ograniczenia. Napotkał wielu przeciwników, a jeden z przodujących psychiatrów amerykańskich, I. Ray, świetny organizator, autor dzieła o higienie psychicznej, twierdził, że „niekrępowanie jest może dobre w Europie, gdzie ludzie — zdrowi czy chorzy psychicznie — mają nawyk posłuszeństwa, a w Ameryce wiara w wolność doprowadziłaby chorych do gwałtownych i niebezpiecznych prób potwierdzenia zasady wolności".

Jak kształtował się stosunek do choroby psychicznej w tym okresie w Polsce? Można tu przytoczyć fragment z *Regulaminu kierowania chorych do zakładów psychiatrycznych w Królestwie Polskim* (1839). Czytamy tam m. in., że każdego takiego chorego ma przed odesłaniem badać lekarz obwodowy. Ma on też dostarczyć zakładowi szczegółowe dane, zebrane wg kwestionariusza. Między innymi lekarz ma zanotować: „1. Kiedy i jak zaczęła się teraźniejsza choroba? 2. Czy od razu się objawiła, czy też powoli i nieznacznie się rozwinęła? 3. Przez jakie szczególne oznaki choroba się ukazała i czy one były ciągłe — trwałe, lub tylko czasowe? 4. Jakie było postępowanie chorego podczas napadów, co mówił i czynił?... 5. Czy pierwszy raz cierpi obłąkanie? 6. Czy choroba jego nie jest dziedziczna i czy nie podpadli jej bliżsi krewni? 7. Jakiego składu i temperamentu jest chory, jakie były jego skłonności w domowym pożyciu?...

8. Jakie otrzymał wychowanie i ukształcenie?... 10. Czy na obłąkanie nie miały wpływu złe przykłady lub wrogie z nim obchodzenie się? 11. Czy nie ma cielesnych wad, które by tamowały rozwijanie się władz umysłowych; czy nie podpadał chorobom, które pomieszały siły umysłowe, np. czy kiedykolwiek nie uległ skaleczeniu głowy, nerwowej gorączce, spędzonym gwałtownie wyrzutom skóry, podagrze; czy nie zagojono mu zbyt wcześnie wrzodów lub apertur, czy nie miał wielkiej choroby, hemoroidów, wenerycznej choroby?... 13. Czy nie sprowadziły umysłowej choroby nieprzyjemności doznane w służbie, pokrzywdzenie, straty familijne, zmartwienie?... 14. Czy nie osłabił w sobie sił żywotnych zbyt częstym i nadto obfitym puszczaniem krwi, niepotrzebnym używaniem środków wzbudzających gwałtowne wymioty i rozwolnienie, merkurgalnych lub narkotycznych lekarstw, jak również zbytecznym używaniem kawy, herbaty itp. ..."

Z powyższego widać, że w r. 1839 w Warszawie sprawa opieki nad psychicznie chorymi nie wyglądała najgorzej, przynajmniej teoretycznie. Badanie lekarskie, czy też właściwie — wstępny wywiad, wskazuje na sensowne podejście do zagadnienia, choć wygląda to oczywiście inaczej niż dziś.

Humanitarne i jednocześnie fachowe podejście przejawia się w innym punkcie. Więźniowie „obłąkani i podejrzani o obłąkanie" mają wprawdzie pozostać w więzieniu, ale w specjalnym pomieszczeniu, a lekarz więzienny ma do nich wzywać „na naradę" naczelnego lekarza zakładu psychiatrycznego. Tak oto rozwiązywano praktycznie zagadnienia opieki nad psychicznie chorymi, a jednocześnie powołani do tego specjaliści toczyli zadawnione spory na temat istoty i pochodzenia chorób psychicznych. W sporze tym około połowy XIX w. zaczęli zwyciężać „somatycy". Złożyło się na to wiele okoliczności, a szczególnie jeszcze przed rozwojem anatomii patologicznej mózgu — przyczyniło się do tego może wyodrębnienie niektórych psychoz, wyraźnie związanych z podłożem anatomicznym. Już w r. 1822 Francuz, A. Bayle, wyodrębnił porażenie postępujące (nie-

prawidłowo, potocznie nazywane u nas czasem „paraliżem postępowym”), wiążąc tę jednostkę z przewlekłym zapaleniem opon mózgowych. W trzydzieści lat później F. Esmarch i P. Jessen wykazali kiłowe pochodzenie tego cierpienia, co nie umniejsza w niczym odkrycia Bayle'a. Już na początku XIX w. A. Crichton wiązał choroby psychiczne ze zmianami w naczyniach mózgowych. Takie generalne ujęcie nie było wprawdzie słuszne, ale później utrzymało się w odniesieniu do niektórych grup chorobowych. Poglądy somatyków w skrajnej formie reprezentował m. in. K. Jacobi, według którego zjawiska psychiczne są z reguły przejawami procesów cielesnych, a zaburzenia psychiczne pochodzą z nieprawidłowego działania organizmu także w przypadkach, gdy w samym mózgu nie stwierdza się wyraźniejszych zmian morfologicznych.

Systematycznie ujął zagadnienie somatycznego pochodzenia psychoz W. Griesinger, uważany niekiedy za twórcę klinicznej psychiatrii. Dalej „somatyczny” punkt widzenia wsparły nowe dane o czynnościach mózgu (m. in. wspomniane już prace o afazji).

Równolegle do sporów o „ogólną etiologię” psychoz rozwinęła się systematyka chorób psychicznych. Prace K. Kahlbauma, a zwłaszcza E. Kraepelina, a następnie E. Bleulera doprowadziły do wyodrębnienia jednostek chorobowych; ugruntowały przede wszystkim „byt odrębny” najważniejszej ilościowo psychozy — schizofrenii, odrębne ujmowanie psychozy maniakalno-depresyjnej oraz psychoz o wyraźnym podłożu organicznym (psychozy kiłowe, miażdżycowe, starcze i inne). Klasyfikacja ta przyjęła się w Niemczech i Szwajcarii, następnie w innych krajach i raczej z drobnymi tylko odmianami — przeważa dotychczas na całym świecie. Dość wyraźnie odbiega od tego schematu jedynie francuski system klasyfikacyjny. Wiek XX rozpoczęła psychiatria „uzbrojona” klinicznie w zakończone dzieło Bleulera o schizofrenii (1911), jej podstawy teoretyczne wzbogaciły się o teorię odruchów warunkowych Pawłowa a społeczny ruch psychiatryczny, interesujący się losem chorego i organizacją urządzeń psychiatrycznych, zapoczątkował

utworzony przez A. Mayera i C. Beersa *Komitet Higieny Psychicznej* (1908).

Wydawałoby się, zwłaszcza po tych ostatnich uwagach kończących rys historyczny, że pozycja psychiatrii w oczach przeciętnego współczesnego człowieka jest jasna i prosta, że ogół patrzy na sprawy psychicznie chorych i lecznictwa psychiatrycznego obiektywnie, opierając się na realistycznych przesłankach. Oczywiście tego rodzaju spojrzenie przeważa w wielu środowiskach, niestety nie jest jeszcze powszechne. Spróbujmy się zastanowić, dlaczego tak się dzieje.

Zaburzenia psychiczne są takimi samymi brakami w zdrowiu, jak i wszystkie inne, np. choroby żołądka, wątroby, płuc czy skóry. U ich podłoża znajdują się zmiany w czynności układu nerwowego, tak jak istotą innych chorób jest zaburzenie czynności układu trawiennego, oddechowego itd. Organizm ludzki stanowi jedność, a więc granice między chorobami poszczególnych narządów i układów nie są ostre. W większości stanów chorobowych zaburzenie czynności dotyczy różnych układów i choroba „jednego narządu" wpływa, w mniejszym lub większym stopniu, na pracę niemal całego układu nerwowego. Zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego nie stanowią pod tym względem wyjątku; przeciwnie, ze względu na wyjątkową sterującą rolę układu nerwowego, jego powiązania z całym organizmem są tak liczne i ścisłe, że praktycznie każde zaburzenie czynności tego układu odbija się na prawidłowości funkcjonowania szeregu innych narządów. Dzieje się jednak i odwrotnie; choroby poszczególnych narządów wpływają na prawidłowość czynności ośrodkowego układu nerwowego. Jeżeli uwzględnimy jeszcze inne powiązania, mianowicie regulację czynności całego organizmu na drodze humoralnej (chemicznej, poprzez krew i zawarte w niej różne związki, między innymi — hormony) — układ nerwowy tym bardziej przestanie być dla nas izolowaną wyspą. Pewien zakres wiedzy dotyczący tych powiązań posiada obecnie każdy człowiek ze średnim, a nawet podstawowym wykształceniem. Jeżeli mimo to istnieje we współczesnych społeczeństwach ciągle jeszcze ostre

przeciwstawienie zaburzeń psychicznych innym stanom chorobowym, to widocznie działa tu jeszcze cały szereg innych czynników.

Zasadniczą rolę odgrywa silne wyodrębnienie przeżyć psychicznych, które są bezpośrednio dostępne każdemu człowiekowi (znane z introspekcji). Stąd trudności zrozumienia, że coś tak subiektywnie odrębnego może podlegać podobnym prawom, jak prawidłowe i nieprawidłowe czynności żołądka, wątroby czy mięśni. Druga przyczyna jest pozornie wręcz odmienna od poprzedniej. Przyjęcie możliwości wystąpienia tego rodzaju zaburzeń u siebie powoduje lęk, który z kolei skłania do niechętnego, a czasem w pewnym sensie wręcz agresywnego stosunku: do pogardy w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi.

Tak więc, niedokładna wiedza obiektywna, czynniki subiektywne, lęk i obawa tworzą ze sprawy zaburzeń psychicznych pewnego rodzaju „tabu", które obserwujemy nawet w dzisiejszym społeczeństwie, a nawet wśród ludzi wykształconych. Powoduje ono cały szereg nieodpowiednich postaw wobec osób chorych, wobec psychiatrycznych instytucji leczniczych i w stosunku do całego zagadnienia zaburzeń psychicznych. Tworzy się „mit psychiatrii", który znajduje się całkowicie poza życiem, poza społeczeństwem. Zajmuje się nią niekiedy prasa, zwykle negatywnie, czasem — pobłażliwie, często — napastliwie. O potrzebach lecznictwa psychiatrycznego, jak i o wszelkich sprawach związanych z zaburzeniami psychicznymi pisze się i mówi rzadko, raczej ze skrępowaniem, chętnie pomijając ten temat jako wstydliwy.

2

Niektóre zaburzenia psychiczne

Dla zrozumienia wagi zagadnienia zaburzeń psychicznych w szerszym znaczeniu tego słowa, musimy najpierw ustalić, jak te zaburzenia wyglądają i co je różni od chorób psychicznych, czyli psychoz. W poprzednim rozdziale podawaliśmy definicję psychozy, z kolei przejdziemy do przykładów, aby na tym tle pokazać wyraźniej różnice między chorobami i zaburzeniami psychicznymi. Oto jeden z obrazów psychozy: młody człowiek ma — powiedzmy — 25 lat, pracuje, interesuje się sportem, beletrystyką, tańcem, ma przyjaciół, narzeczoną i plany założenia rodziny. W pewnym okresie zaczynają jednak następować zmiany. Nie stara się już o kontakt ze znajomymi, coraz częściej siedzi w domu samotnie, przerzuca gazety, zaczyna czytać książki i nie kończy ich; prawie nie widuje się z narzeczoną. W pracy jest coraz mniej wydajny. Zaczyna zachowywać się niespokojnie, nie może usiedzieć na jednym miejscu. Mówi o ewentualnej zmianie miejsca pracy, ma podejrzenia w stosunku do kilku współpracowników. Po pewnym czasie niczym już nie zajmuje się w domu, przerywa pracę, siedzi w mieszkaniu, zasłania okna. Namówiony przez rodzinę idzie do lekarza, chociaż nie uważa się za chorego. Lekarzowi mówi, że ludzie na niego patrzą w dziwny sposób, jakby go obserwowali. Zauważył „dziw-

ne" zachowanie się nieznajomych w tramwaju, rozmawiają o nim, dają sobie jakieś znaki. Chwilami ma wrażenie, że znają jego myśli. Przygotowują przeciw niemu jakąś akcję. Kto — nie wie dokładnie, w każdym razie są w to „wciągnięte" różne osoby, bo w stołówce — zdaje się — chcą go otruć, a rodzina chyba też go śledzi. Nie wie, co robić dalej, myśli o ucieczce, ale nie ma konkretnych planów. Zgadza się na leczenie.

W opisanym wyżej przypadku stwierdzamy dwie grupy objawów: zaburzenia w sferze uczuć i aktywności oraz urojenia prześladowcze i odnoszenia. Urojenia to fałszywe sądy, przekonania pochodzenia chorobowego. Łącznie — objawy te powodują stopniowe zniekształcenie obrazu rzeczywistości i uniemożliwiają prawidłowe przystosowanie się do otoczenia. Mamy tu do czynienia z dość typowym początkiem schizofrenii, jednej z najczęstszych chorób psychicznych.

Nie jest naszym celem systematyczne przedstawianie różnych obrazów psychotycznych. Wspomnijmy tylko, że istnieje cały szereg objawów i zespołów zaburzeń tego typu, jak np. omamy, czyli halucynacje (rzekome spostrzeganie, a więc słyszenie słów lub mniej złożonych zespołów dźwiękowych, widzenie postaci ludzkich lub zwierzęcych czy innych obrazów, odczuwanie różnych wrażeń dotykowych, smakowych, węchowych — bez odpowiednika w świecie zewnętrznym, a więc bez aktualnego bodźca zewnętrznego, czemu towarzyszy przekonanie, że odpowiednie zjawiska rzeczywiście zachodzą w otoczeniu).

Dalszą grupę stanowią zaburzenia nastroju. W zespole depresyjnym, występuje głębokie przygnębienie z jednoczesnym spowolnieniem wszelkiej aktywności. Sytuacja aktualna i przyszłość oceniane są pesymistycznie, a często nawet dochodzi do prób samobójstwa. Zespół maniakalny, przeciwstawny poprzedniemu, charakteryzuje się nadmierną wesołością, ruchliwością, hałaśliwością, rozpoczynaniem wielu rzeczy jednocześnie, projektowaniem działań nierealnych i zbędnych itd., a często — agresywnością wobec otoczenia, zwłaszcza, jeżeli usiłuje ono ograniczać aktywność chorego.

Inne zaburzenia dotyczą np. ruchu i reaktywności: osłupienie jest to skrajne zahamowanie wszelkich ruchów aż do całkowitego ich zniknięcia, połączone z brakiem aktywności słownej (mutyzm), nieraz z nieprzyjmowaniem pokarmów. Odwrotnie — podniecenie charakteryzuje się nadmiarem ruchu, bieganiem, gestykulowaniem, nadmiarem mowy i krzyku, często łączy się z agresją wobec otoczenia. Zaburzenia przytomności przejawiają się w niemożności kontaktu z otoczeniem, niemożności prawidłowego rejestrowania wypadków zewnętrznych, zaburzeniami orientacji co do czasu, ewentualnie także — miejsca i czasu. Niezdolność do prawidłowej rejestracji bodźców zewnętrznych powoduje niemożność zapamiętywania, co w konsekwencji daje mniej lub bardziej kompletną lukę pamięciową (amnezja), obejmującą okres trwania zaburzeń.

Osobną grupę stanowią objawy zaburzeń intelektu, a więc spadek sprawności intelektualnej, przejawiający się w obciążeniu zdolności zapamiętywania i przypominania sobie, prawidłowego porównywania i wnioskowania, liczenia itd. Trwały spadek sprawności intelektualnej, związany z ograniczonymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym, nazywamy otępieniem, czasem z łaciny demencją.

Kończąc to niekompletne zresztą wyliczenie objawów psychotycznych, trzeba dodać, że nie występują one w psychozach pojedynczo. Układają się w pewne zespoły, a psychoza jako całość miewa różny przebieg, określony porządek występowania, nasilania się i ustępowania objawów.

Przejdźmy teraz do innych, niepsychotycznych obrazów, czyli do zaburzeń psychicznych w szerszym znaczeniu tego określenia. Zaczniemy np. od urazu ośrodkowego układu nerwowego. Uraz tego rodzaju jest zjawiskiem częstym — w komunikacji, w fabryce, w kopalni. Stosunkowo często ulegają urazom dzieci zarówno młodsze, jak i starsze. Wiele drobnych urazów nie pozostawia praktycznie żadnych śladów, natomiast urazy cięższe, uszkadzające poważniej tkankę mózgową, mają często skutki wyraźne i trwałe, choć różne zależnie od szeregu

okoliczności. W grę wchodzi tu rozległość i umiejscowienie uszkodzenia tkanki mózgowej, wiek osobnika, typ osobowości przed urazem i różne czynniki dodatkowe, jak np. alkoholizm. Niektóre urazy powodują rozwój zaburzeń psychotycznych (psychozy pourazowe), którymi nie będziemy się w tej chwili zajmowali. W innych przypadkach obraz ogranicza się np. do bólów głowy, lekkich wahań nastroju, pewnej męczliwości, drażliwości, zaburzeń snu. Czasem dołączają się rysy hipochondryczne, czyli nadmierne zainteresowanie stanem zdrowia, doszukiwanie się nieprawidłowości w czynnościach narządów wewnętrznych. Cały ten zespół nazywamy astenią, lub cerebrastenią pourazową. Utrzymuje się on kilka tygodni lub kilka miesięcy i ustępuje na ogół bez śladu, aczkolwiek znamy długotrwałe, wieloletnie przypadki tego rodzaju zaburzeń (mówimy tu o przypadkach nie leczonych). Znane są również i inne obrazy. Do mniej lub bardziej wyraźnych objawów z grupy cerebrastenii dołącza się wybuchowość, często agresywność, zmienność planów życiowych, popadanie w zatarg z otoczeniem, brak planowości, konsekwencji i wytrwałości w postępowaniu. Wszystko to odbija się ujemnie na nauce szkolnej, pracy zawodowej, życiu rodzinnym. Nierzadko występuje przy tym nadużywanie alkoholu, a także dochodzi do zakłóceń porządku publicznego. Stan ten nie zmienia się zwykle latami. Nazywamy go encefalopatią pourazową lub (za T. Bilikiewiczem) — charakteropatią pourazową.

Uraz może powodować jeszcze inne zaburzenia, jak np. padaczka pourazowa lub (uraz w czasie porodu czy we wczesnym dzieciństwie) niekiedy niedorozwój umysłowy. Zajmijmy się jednak chwilowo tylko tymi dwoma zespołami: cerebrastenią i encefalopatią pourazową. Nie są one psychozami, bo nie ma w nich wspomnianych poprzednio objawów psychotycznych, ani też niemożności dostosowania się do warunków życia społecznego, chociaż konflikty (zwłaszcza w przypadkach encefalopatii) nie są rzadkie. W przypadkach tego rodzaju obraz choroby jest mało dynamiczny, monotonny ze względu na brak wyraźnie rozwijających się objawów. Nie mamy tu więc

do czynienia z chorobą psychiczną, nie można jednak kwestionować przynależności tych zespołów do zaburzeń psychicznych w szerszym znaczeniu tego określenia.

Uraz układu ośrodkowego jest tylko przykładem. Podobne obrazy zaburzeń psychicznych występują też niekiedy po chorobach zakaźnych lub w przewlekłych zatruciach.

Już w starożytności wiedziano, że po urazie człowiek może się zmienić, a dopiero zdobyczą nowych czasów jest umiejętność wykrywania subtelnych zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym. W tym zakresie psychiatria korzysta z innych dyscyplin, zwłaszcza — neurologii. W wielu przypadkach dostarcza też cennych informacji badanie rentgenowskie. Ponieważ tkanka mózgowa zatrzymuje promienie rentgena w tym samym stopniu, co i komory mózgowe zawierające płyn, stosuje się niekiedy wypełnianie tych komór powietrzem. Pozwala to na uchwycenie niektórych zmian, m. in. zaników tkanki mózgowej.

Cennych danych diagnostycznych dostarcza czasami elektroencefalografia. Jest to jedna z najmłodszych gałęzi laboratorium lekarskiego, która rozwinęła się szerzej dopiero po II wojnie światowej, choć nawiązuje do dość dawnego odkrycia mózgowych prądów czynnościowych. Jednym z pierwszych fizjologów, któremu udało się w r. 1892 te prądy zarejestrować, był N. Cybulski. Poza coraz subtelniejszą diagnostyką psychiatryczną oddaje też niejednokrotnie usługi w diagnostyce organicznych zmian mózgowych — psychologia kliniczna. Do jej metod wrócimy jeszcze, gdy będzie mowa o niedorozwoju umysłowym. Tu możemy tylko zaznaczyć, że niekiedy słabsza zdolność ujmowania kształtów, analizy figur geometrycznych, porównywania rysunków, przedmiotów itp. może wskazywać na organiczne zmiany mózgowe, chociaż ogólna sprawność intelektu nie jest wyraźnie obniżona.

Do grupy zaburzeń psychicznych należy również niedorozwój umysłowy. Jest to zespół dawno i powszechnie znany. Mamy tu do czynienia z niedostatecznym rozwojem sprawności intelektu skutkiem wrodzonych lub wcześnie nabytych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym.

Dawniej większość tych przypadków uważano za dziedziczne. Obecnie wiemy coraz więcej o przyczynach niedorozwoju, coraz więcej widzimy przypadków o zmianach nabytych i zaczynamy nawet dysponować możliwościami zapobiegania niedorozwojowi.

Od dość dawna znamy już jedną z przyczyn niedorozwoju, zresztą stosunkowo rzadką: kiłę wrodzoną. Wiemy, że następuje tu zakażenie w okresie życia płodowego i że intensywne leczenie w okresie ciąży zapobiega powstawaniu zmian w układzie nerwowym, które mogą prowadzić m. in. do niedorozwoju umysłowego.

Przed dwudziestu laty stwierdzono, że niektóre przypadki niedorozwoju powstają w dość niespodziewanych okolicznościach: są następstwem znanej powszechnie i lekceważonej — bo zasadniczo bardzo lekkiej — choroby, jaką jest różyczka. U dzieci nie powoduje ona żadnych zmian psychicznych, natomiast jest niezmiernie szkodliwa dla rozwoju płodu. Jeżeli kobieta zachoruje w pierwszych miesiącach ciąży — płód ginie. W dalszych miesiącach ciąży powoduje u płodu ciężkie zmiany mózgowe, dziecko rodzi się głęboko niedorozwinięte, a często także głuche i niewidome. Na zapobieganie w czasie choroby matki jest za późno. Pediatrzy doradzają raczej, aby wszystkie dziewczynki zawczasu przebyły różyczkę, a będą w okresie ciąży odporne na zakażenie.

W ostatnich czasach stwierdzono również podobne działanie na płód pasożytniczej choroby odzwierzęcej — toksoplazmozy. Zapobiegać jej można tylko za pomocą profilaktyki ogólnej, tzn. zwalczania rozprzestrzeniania się toksoplazmy.

Ostatnio poznano też możliwości zapobiegania niedorozwojowi umysłowemu w przypadkach niektórych wrodzonych zaburzeń przemiany materii. Dzieci przychodzą nieraz na świat z nieprawidłową przemianą, ale jeszcze z pełnymi możliwościami rozwojowymi, ponieważ ich ośrodkowy układ nerwowy jest zdrowy w chwili urodzenia. Oto dwa przykłady. Stwierdzono, że mocz niektórych osób niedorozwiniętych zawiera kwas fenylopirogronowy, nie należący do zwykłych składników tej wydaliny. Stwierdzono następnie, że jest to wynik nie-

prawidłowej przemiany białka; jeden ze składników białka, aminokwas fenyloalanina, wskutek pewnych braków w enzymach nie ulega prawidłowym przekształceniom. Ma to wyraźny wpływ na nieprawidłowy rozwój mózgowia, powodując w konsekwencji niedorozwój i to zwykle niedorozwój głęboki. Ponieważ cała sprawa dotyczy wyłącznie wspomnianej fenyloalaniny, spróbowano stosować dietę pozbawioną tego składnika u noworodków, u których stwierdzono kwas fenylopirogronowy w moczu. Wyniki są zupełnie zadowalające: dzieci tak odżywiane rozwijają się prawidłowo.

Podobną sytuację obserwujemy w galaktozemii, w której organizm dziecięcy nie potrafi rozkładać galaktozy, jednego z cukrów stanowiących stały składnik mleka. Zaburzenie przemiany prowadzi do szeregu zmian w organizmie, m. in. w układzie nerwowym. Wczesne wykrycie tej nieprawidłowości i usunięcie z diety niemowlęcia mleka i wszelkich jego przetworów zapewnia prawidłowy rozwój ogólny i normalną sprawność intelektu.

Wspomnijmy jeszcze o innych ważnych przyczynach powstawania niedorozwoju umysłowego, a mianowicie o urazach porodowych. Badania wykazały, że istotne są w takich przypadkach nie tyle ciężkie uszkodzenia podczas nieprawidłowego porodu, ile uszkodzenia często początkowo nie dostrzegane, związane bądź to z drobnymi urazami mechanicznymi, bądź też np. z przedłużającym się niedotlenieniem ośrodkowego układu nerwowego noworodka. Znaczenie niedotlenienia potwierdza szereg eksperymentów na zwierzętach, które dały lekarzom dość bogaty obraz zmian powstających na tej drodze.

Niedorozwój jest sprawą stosunkowo łatwą do rozpoznania, mimo to psychiatra korzysta chętnie z pomocy badań dodatkowych, pozwalających na bardziej subtelną diagnozę. Duże usługi zarówno w przypadkach wątpliwych, a więc będących na pograniczu niedorozwoju i normy, jak też w zakresie dokładniejszego ustalania normy, oddają badania psychologiczne. Szczególną rolę odgrywa tu możliwość przeprowadzania porównań z ustalonymi przeciętnymi normami rozwojowymi. Większość

dzieci pięcioletnich umie np. rozwiązać pewne zadanie w zakresie rozróżniania kształtów, liczenia, opisu rysunku itp. Dzieci siedmioletnie rozwiązują inne, trudniejsze zadania. Jeżeli badane dziecko rozwiązuje wszystkie zadania (testy) rozwiązywane przez większość rówieśników — jest prawidłowo rozwinięte umysłowo. Jeżeli dziecko dziesięcioletnie rozwiązuje np. tylko testy sześciolatków — jest niedorozwinięte, jego „wiek inteligencji" wynosi wówczas 6 lat. Stosunek wieku inteligencji do wieku życia określa stopień rozwoju umysłowego. Ponieważ dla wygody przyjęto mnożyć otrzymany w ten sposób iloraz przez 100, wynosi on w opisanym przypadku 60. Zachowując istniejący poprzednio podział ludzi niedorozwiniętych na ograniczonych umysłowo (debilów), głuptaków (imbecylów) i idiotów, przyjęto przybliżone granice ilorazów inteligencji: dla ograniczonych 50—70, dla głuptaków 25 (lub 30) — 50, dla idiotów 0—25 (lub 30). Wyniki nieco ponad 70 nazywamy „pograniczem upośledzenia", a ponad 80 do 90 są już w normie, chociaż słabej: jest to tzw. „ociężałość umysłowa".

Na tych zasadach powstały skale inteligencji, czyli zestawy testów na poszczególne lata (H. Binet, L. M. Terman i in.). Istnieją też skale testowe oparte na nieco innych zasadach oraz szereg skal specjalnych służących np. do badania poziomu dzieci niewidomych, głuchoniemych itp. U dorosłych stosuje się zwykle inne testy oparte na podobnych zasadach ogólnych.

Niedorozwój umysłowy, jak każde zaburzenie psychiczne, ogranicza oczywiście możliwości adaptacyjne osobnika, a stopień tego ograniczenia zależy od stopnia niedorozwoju. Debile mogą uzyskać podstawowe wykształcenie (wskazane jest nauczanie metodami specjalnymi); opowiadania o debilach z wyższym wykształceniem — to jedna z legend psychiatrycznych łączona z osobami, które cierpią na zupełnie inne zaburzenia psychiczne. Debile mogą wykonywać szereg zawodów, mogą na ogół nieźle przystosowywać się do życia, choć napotykają na znacznie większe trudności niż ludzie umysłowo sprawni; jako korzystających z pełni uprawnień w społeczeństwie, uznaje się ich często także przed sądem karnym za odpowie-

dzialnych. Głuptak ma znacznie mniejsze możliwości życiowe. W szkole „najlepsi" z głuptaków opanowują niekiedy elementy czytania i pisania, ale nie na długo; nie potrafią przyswoić sobie żadnego zawodu, są natomiast niekiedy w stanie wykonywać proste prace pod stałą opieką. Idiota nie może się niczego nauczyć, wymaga stałej opieki, ponieważ nie potrafi zadbać nawet o elementarne potrzeby.

Znane są jeszcze inne zaburzenia psychiczne. Zanim do nich przejdziemy, będzie nam wygodnie zacząć od niektórych spraw związanych z prawidłowym stanem psychicznym i dopiero na tym tle o wiele lepiej uda się nakreślić obraz zaburzeń, które nas w tej chwili interesują. Prawidłowy stan psychiczny jest określeniem szerokim i niejednolitym, ponieważ ludzie bardzo się różnią między sobą. Wpływa na to szereg czynników od cech dziedzicznych i tradycji środowiska począwszy a kończąc na różnych dla każdego osobnika doświadczeniach jednostkowych, kształtujących go w dzieciństwie, zmieniających w pewnym stopniu w latach dojrzałych, a nawet w późnej starości. Zasadniczo, mimo tych wszystkich ograniczeń, można jednak wyrobić sobie ogólne pojęcie o normie, zestawiając ludzkie cechy wspólne. Wiemy, że dla danej epoki historycznej, dla określonego środowiska kulturalnego, dla określonej grupy społecznej, określonej płci i określonego wieku, charakterystyczne są pewne wspólne cechy psychiczne. Cechy te są niekiedy bardziej lub mniej nasilone, zaznaczają się mniej lub bardziej wyraźnie, możemy jednak mówić o pewnych cechach przeciętnych. Jeżeli badamy takie np. cechy podstawowe, jak ogólna siła reagowania, trwałość reakcji, globalne nasilenie przeżywania uczuciowego, zdolność do trwałych związków uczuciowych, zdolność do wyciągania wniosków praktycznych z własnych przeżyć uczuciowych, zdolność do planowania i przewidywania, to stwierdzamy, że cechy te niezbyt się różnią u różnych ludzi (dorosłych) nawet w odległych środowiskach kulturalnych. Pod względem nasilenia wyliczonych cech ludzie są do siebie dość podobni, tak że ogólne wartości przeciętne rysują się dość wyraźnie.

Każda choroba psychiczna (psychoza) bez względu na swoje objawy typowe wyraźnie wpływa na wyliczone przed chwilą cechy. U niedorozwiniętych umysłowo również nie możemy się spodziewać istnienia tych cech na poziomie przeciętnym, podobnie jak w opisanych na początku rozdziału encefalopatiach. Jeżeli jednak nie stwierdzamy innych objawów charakterystycznych dla jednej ze wspomnianych grup zaburzeń a osobnik ilościowo wyraźnie odchyla się od przeciętnej w omawianym zakresie — mamy do czynienia z psychopatią. Warto podkreślić, że psychopaci są intelektualnie sprawni, chociaż ich postępowanie może wzbudzać poważne wątpliwości. Stwierdzenie niedorozwoju umysłowego zwalnia nas niejako od poszukiwania dalszych rozpoznań, gdyż stan ten wyjaśnia już zachowanie się człowieka, analogiczne do zachowania się psychopaty. U psychopatów stwierdzamy — zarówno w zwykłym badaniu psychiatrycznym, jak w psychologicznych badaniach testowych — prawidłowy poziom intelektu. Jeżeli mówimy czasem u nich o „niedorozwoju", to odnosi się to jedynie do sfery uczuć, charakteru osobowości, z tym że wyłącza się niedorozwój intelektu. Psychopatia odgrywa w grupie zaburzeń psychicznych bardzo ważną rolę, a jednocześnie nasuwa bardzo wiele trudności teoretycznych i praktycznych. Główna trudność polega na tym, że całe zagadnienie zaczęło się od spraw natury społecznej, powiedzmy — moralnej. W wieku ubiegłym przyjął się termin *moral insanity*, czyli „obłąkanie moralne". Miał on podkreślać szczególnie szkodliwy, perfidny stosunek danego osobnika do otoczenia. Termin ten należy już dziś do historii. niemniej wypływa od czasu do czasu zwłaszcza w kołach nielekarskich. Sprawa jest o tyle trudna, że każdy psychopata we współczesnym ujęciu ze względu na wyraźnie nieprawidłowe (ale tylko ilościowo różne od normy) cechy osobowości jest z reguły osobnikiem aspołecznym, zwykle nawet antyspołecznym. Trzeba wziąć jednak pod uwagę fakt, że można być osobnikiem antyspołecznym z innych przyczyn, np. środowiskowych (była już o tym mowa na marginesie zagadnień związanych z encefalografią pourazową i pozakaźną). Tymczasem w praktyce

popełnia się często dwa błędy. Niektórzy rozumują tak: skoro nieprawidłowa, psychopatyczna struktura osobowości powoduje antyspołeczne zachowanie się, to każde antyspołeczne zachowanie się wynika ze struktury psychopatycznej, a więc wszyscy osobnicy antyspołeczni są psychopatami. Jest to pospolity błąd logiczny — odwrócenie implikacji.

Z tym stanowiskiem często trudno dyskutować, zwłaszcza że psychopaci nie dostarczają uderzających dowodów swego odchylenia od normy. Można jeszcze wyliczyć szereg podobnych nieporozumień. Jeżeli np. mówi się u psychopatów o nieprawidłowości charakteru (a jest to określenie zasadniczo prawidłowe), to niejeden nie-lekarz rozumie to w sposób potoczny — jako „zły charakter". W tym świetle dany osobnik jest aspołeczny, niemoralny, jest przestępcą itd. Sam termin „psychopata" oznacza w tej chwili potocznie często właśnie ocenę społeczną oczywiście ujemną. Wśród więźniów znanego więzienia amerykańskiego Sing-Sing stwierdzono psychopatię w dość wysokim odsetku przypadków (33%), ale przecież nie u wszystkich przebywających tam przestępców.

Zatrzymałem się przy tym zagadnieniu dlatego, że jedną ze zdobyczy nowoczesnej psychiatrii jest oddzielenie zagadnienia nieprawidłowej struktury osobowości od zagadnień czysto moralnych, społecznych. Oczywiście te zagadnienia zazębiają się, ale znak równości byłby zupełnie nie na miejscu.

Jak widać problem osobowości odgrywa w psychiatrii bardzo ważną rolę. Przez osobowość rozumiemy całość życia psychicznego osobnika, warunkując jego sposób przeżywania wewnętrznego, reagowania na sytuacje zewnętrzne, zachowania się, postępowania. Czasem używa się pojęcie „osobowość", w znaczeniu jeszcze szerszym, włączając w to także cechy fizyczne osobnika, niekiedy znów „osobowość" obejmuje wyłącznie strefę dążeniowo-uczuciową z pominięciem intelektu. W psychiatrii najczęściej może spotykamy się z tym ostatnim węższym znaczeniem.

Przez **strukturę osobowości** rozumiemy całość jej stałych cech podstawowych. „Stałych" — znaczy wytworzonych

i utrwalonych w okresie rozwoju człowieka, zasadniczo niezmiennych w okresie dojrzałości. „Podstawowe” cechy obejmują określone dyspozycje do sposobów przeżywania wewnętrznego i reagowania na sytuacje zewnętrzne, zwłaszcza w sensie ilościowym. Pojęcie struktury obejmuje więc np. przeciętną siłę i trwałość regulacji, nasilenie i trwałość związków uczuciowych, ale nie obejmuje treści przeżyć i działania. Nie należy więc do struktury osobowości rodzaj zainteresowań człowieka, kierunek jego działań, cele, do których dąży.

Po odrzuceniu tych elementów pozostaje zasadnicza jakość: struktura osobowości; nieprawidłowość jej stanowi centralny punkt psychopatii. Psychiatra opiera się na stwierdzeniu, że u badanego osobnika znajduje takie trwałe i podstawowe cechy osobowości, które u ludzi zdrowych nie występują, bądź też nie występują w tak znacznym nasileniu. Jest to droga, na której można m. in. odróżnić antyspołecznego psychopatę od antyspołecznego człowieka zdrowego.

Dalszą zdobyczą nowoczesnej psychiatrii jest opis szeregu odmian psychopatii, wykrywanie związków genetycznych i podobieństw pewnych cech chorobowych do niektórych zespołów psychotycznych. Sprawy te, jako mniej ważne dla nas w tej chwili, pozostawimy na uboczu.

Warto jeszcze zwrócić uwagę na stosunek psychopatii do analogicznych zmian osobowości powstałych na tle organicznych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. To pozornie proste zagadnienie jest w rzeczywistości bardzo trudne, o czym świadczą toczące się na ten temat dyskusje teoretyczne. W każdym razie mamy coraz więcej danych, które wskazują na zmiany organiczne w wielu przypadkach uważanych dotychczas za psychopatię. Czy w miarę rozwoju metod diagnostycznych dojdzie do likwidacji pojęcia psychopatii w ogóle — pokaże przyszłość.

3

Nerwice

Dalszą grupą zaburzeń psychicznych, którą się z kolei zajmiemy, są nerwice. W różnych klasyfikacjach mówi się czasem osobno o nerwicach i psychonerwicach, rozmaicie zresztą przeprowadzając rozgraniczenia między nimi. Wielu psychiatrów jest jednak zdania, że owo rozgraniczenie jest sztuczne i że należy jednolicie nazywać całą grupę — nerwicami. Do tego poglądu zastosujemy się w niniejszej pracy. Określenie nerwic jest może trudniejsze niż niektórych poprzednich grup zaburzeń psychicznych i aczkolwiek zagadnienie nerwic w całości nie jest łatwe, musimy się nim zająć zarówno ze względu na rozpowszechnienie nerwic, jak też na duże teoretyczne i praktyczne zainteresowanie tym zagadnieniem. Zainteresowanie nerwicami narasta zresztą już od czasu G. M. Bearda, S. Freuda, P. Janeta, a więc od ostatnich dziesiątków lat ubiegłego wieku, i jest charakterystyczne dla całej psychiatrii współczesnej.

Wracając do określenia nerwic, trzeba wyraźnie powiedzieć, że nie są to choroby psychiczne (psychozy), są to jednak stany chorobowe i tak je należy traktować. W nerwicach nie ma objawów psychotycznych tego rodzaju, jak wyliczone np. na początku rozdz. 2. W porównaniu z psychozami jest to więc istotna różnica jakościowa, a nie jak się niektórym wydaje, jedynie różnica

stopnia nasilenia choroby. Różnica ta dotyczy także całości obrazu, powiedzmy — całości sytuacji: psychicznie chory traci zdolność realnego kontaktowania się z rzeczywistością, żyje jakby w innym świecie, natomiast nerwicowiec stanów tego rodzaju nie przeżywa i kontakt z rzeczywistością oznacza dla niego to samo, co dla każdego osobnika zdrowego. Nerwicowiec zasadniczo przystosowuje się do tej rzeczywistości, usiłując to robić w taki sam sposób, jak ludzie zdrowi. W związku z występowaniem objawów nerwicowych, o których będzie mowa za chwilę, przychodzi mu to jednak trudniej niż osobnikowi zdrowemu i na tym właśnie polega jego choroba.

W tym rozdziale nie będziemy się zajmowali jakimś systematycznym podziałem nerwic, ich obrazów ani też charakterystycznym przebiegiem poszczególnych postaci; opiszemy natomiast przykładowo niektóre objawy nerwicowe.

Jednym z nich są myśli natrętne. Zjawiają i narzucają się one choremu wbrew jego woli i wbrew wysiłkom, aby do tego nie dopuścić, odepchnąć je, myśleć o czymś innym. Ich treść jest przykra i dotyczy zwykle wątpliwości, czy postępowanie chorego jest właściwe. Nierzadkie są natręctwa religijne, np. myśli bluźniercze u osób religijnych. U osób bardzo wyczulonych w zakresie „czystości" seksualnej — dotyczą tematów seksualnych. Ten ostatni temat nierzadko łączy się z poprzednim. Dla myśli natrętnych charakterystyczne jest, że chorzy nie tylko je odpychają, ale i nie wierzą im, uważając je za przykre i zbędne, a także i za — nieprawdziwe; temu ostatniemu przeświadczeniu towarzyszy jednak często pewien cień wątpliwości.

Skonkretyzowanym myślom natrętnym towarzyszy często tzw. myślenie natrętne „przeżuwające": wielokrotne powracanie do tematu przed powzięciem decyzji, „obracanie" sprawy z różnych stron, niezdolność wyciągania wniosków praktycznych na skutek stałego widzenia różnych „za" i „przeciw". Spokrewnione z myślami natrętnymi są czynności natrętne: uważane za bezsensowne, niepotrzebne, a jednak — wykonywane. Przykładowo można tu wymienić natręctwo liczenia (pojazdów lub przechodniów,

okien, domów itp.), natręctwo chodzenia w określony sposób (np. co drugi kwadrat chodnika, albo zawsze na złączeniu kwadratów), natręctwo wielokrotnego mycia rąk. Często czynności natrętne łączą się treściowo z myślami natrętnymi, jedne wynikają z drugich, a nerwicowiec im ulega, chociaż jedne i drugie uważa za mało sensowne. Podobno J. J. Rousseau, znany filozof XVIII w., uważał, że każdego ranka musi trafić kamieniem w drzewo, bo inaczej dzień mu się nie uda. Robił więc to co rano, zresztą wybierał grube drzewa i podchodził blisko. Nie był mocno przekonany o potrzebie tego całego rytuału, a jednak mu ulegał. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że Rousseau prawdopodobnie nie był osobnikiem nerwicowym, lecz cierpiał (przynajmniej okresowo) na inne, cięższe zaburzenia. Sytuacja ta jest jasna, jeśli przypomnimy sobie to, o czym już była mowa poprzednio, że natręctwa, jak i inne objawy nerwicowe nierzadko występują w psychozach, podczas gdy objawów chorób psychicznych nie stwierdza się w nerwicach.

Następny przykład objawów nerwicowych stanowią fobie, czyli unikanie określonych przedmiotów lub sytuacji. Nazywa się je często potocznie „lękiem" (lęk ciemności, otwartej przestrzeni itd.), my jednak pozostaniemy przy greckim słowie „fobia", ponieważ lęk oznacza coś innego (będzie jeszcze o nim mowa). Znamy więc fobię ciemności, otwartej przestrzeni, zamkniętych pomieszczeń, samotności, brudu, zwierząt w ogóle, psów, kotów, myszy, owadów, pająków, ostrych przedmiotów, burzy, wiatru, wody i wiele innych. Nietrudno tu zauważyć, że niektóre z wymienionych objawów są niesłychanie pospolite. Np. unikanie burzy albo uciekanie przed myszami czy pająkami, paniczny strach w momencie zetknięcia się z tymi drobnymi zwierzętami na pewno nie jest zjawiskiem rzadkim wśród naszych znajomych. Łatwo zgadnąć, że nie każdy, kto się „boi" myszy, ma nerwicę. Fobia jest tylko objawem nerwicowym, jeżeli w istotny sposób utrudnia przystosowanie się do życia, zgodnie z podanym poprzednio określeniem nerwicy. Odnosi się to oczywiście również do wszystkich innych objawów nerwicowych, o czym będzie jeszcze mowa.

Fobie rzadko utrudniają życie w poważnym stopniu. Wyraźniej zaznacza się to w dwojaki sposób: albo fobie występują w licznych odmianach i „nakazują” unikanie całego szeregu przedmiotów lub sytuacji, albo też dochodzi do głosu w znacznym nasileniu jedna fobia, która ze względu na swą treść potrafi człowiekowi porządnie dokuczyć. Taką przykrą fobią bywa np. wzmożone unikanie przestrzeni otwartej, tzw. agorafobią (gr. *agora* — rynek), która okresami niemal nie wypuszcza człowieka z domu. Podobnie dotkliwie daje się czasem we znaki fobia brudu lub zarazków, zmuszające osobnika do bardzo skomplikowanych, utrudniających wiele codziennych czynności manipulacji.

Od fobii jest wprawdzie „niedaleko” do lęku, jednakże jest on zjawiskiem odrębnym wśród nerwicowych objawów. Lęk jest wzruszeniem elementarnym, zbliżonym do strachu, jaki normalnie odczuwamy na skutek nagłego pojawienia się jakiegoś dalszego niebezpieczeństwa czy też bezpośredniego zagrożenia. W rzeczywistości jednak bezpośrednie zagrożenie nie isnieje, ani nie działa tu nawet wyobraźnia. Lęk jest po prostu jakby strachem bezprzedmiotowym. Towarzyszą mu też, podobnie jak i strachowi, różne odczucia: bicie serca, drżenie kończyn, ucisk w okolicy serca, żołądka lub w czaszce; występuje też często pocenie się, blednięcie, rzadziej — czerwienienie, rozszerzenie źrenic, często — znieruchomienie, niekiedy znów spadek napięcia mięśniowego („nogi się uginają”). Lęk występuje w różnym nasileniu i trwa przez różne okresy czasu — od jednej chwili do przedłużających się na tygodnie i miesiące stanów lękowych. Nie jest to objaw ściśle nerwicowy, występuje on również w wielu psychozach, ale wymieniamy go tu, bo nie jest obcy nerwicom.

Z lękiem przedłużającym się łączy się zwykle niepokój: niemożność opanowania ruchów, bezustanne zmiany pozycji — wstawanie, siadanie, chodzenie, manipulowanie różnymi przedmiotami. Niekiedy jest to niemożność wykonywania jakiejkolwiek pracy, choćby najprostszej, niemożność skupienia się. Niepokój może występować także bez wyraźnego lęku, czasem ze zbliżonym do lęku, nie-

określonym „napięciem wewnętrznym", czasem nawet bez niego. Bardzo często pojawiają się tylko poszczególne, wyliczone poprzednio elementy, np. niemożność skupienia się lub odczuwanie „napięcia psychicznego", które są nieraz jedynymi przejawami niepokoju. Są to zresztą zjawiska niespecyficzne; powstają one także w różnych innych zaburzeniach psychicznych.

Do objawów nerwicowych należą także objawy histeryczne. „Histeria, histeryczny, histeryk, histeryczka" — to w tej chwili określenia potoczne, które nie odnoszą się do objawów chorobowych a wyrażają raczej negatywną ocenę, osobisty do kogoś stosunek. Niemniej jednak — w medycynie — termin „histeria" oznacza nerwicę, a więc chorobę. Z objawów wymienić należy znieczulenia i niedowłady: określony odcinek skóry staje się niewrażliwy lub mało wrażliwy na dotyk, ból. W rozdz. 1 niniejszej książki była mowa o procesach czarownic. Otóż takie histeryczne znieczulenia posłużyły w wielu przypadkach za dowód opętania (próba igły). Bywa również i tak, że występuje osłabienie siły kończyn, niemożność poruszania nimi, niezdolność stania i chodzenia (z greckiego — astazja i abazja). Szczególny rodzaj niedowładu stanowi niezdolność wydobywania głosu — afonia histeryczna. Swego rodzaju znieczulenie czy też niedoczulenie stanowi histeryczna głuchota, ślepota czy niedowidzenia. Dość powszechnie znane są wśród zjawisk histerycznych napady drgawek, zbliżone niekiedy do napadów padaczkowych. We wszystkich tych zjawiskach brak jest podłoża organicznego. Są to zaburzenia czysto czynnościowe, chociaż zewnętrznie przypominają analogiczne zmiany chorobowe w niektórych uszkodzeniach ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego. Niedowład lub znieczulenie może powstać wskutek różnych zmian organicznych (guzy, zaburzenia w krążeniu, urazy, zmiany zapalne itd.) w odpowiednich odcinkach mózgowia albo nerwu obwodowego. W histerii zmiany te nie występują, niemniej pojawiają się objawy często bardzo podobne do organicznych. O różnicy w szczegółach nie będziemy tu mówili, ponieważ nie zajmujemy się w tej książce zagadnieniem rozpoznawania zaburzeń psychicz-

nych. Objawami histerycznymi są również tzw. sceny histeryczne i zamroczenia histeryczne. Sceny — to ostre wyładowania afektywne (połączone często z krzykiem, płaczem, odpowiednią gestykulacją — wyrażającą gniew czy żal), związane przyczynowo i treściowo (przejawia się to w wypowiedziach w trakcie sceny) z określoną sytuacją aktualną. Nierzadko występują agresje słowne (rzadziej czynne) wobec otoczenia, często też — niszczenie przedmiotów. Zamroczenie histeryczne — to zwężenie przytomności (czyli „skoncentrowanie się" na przyczynie wywołującej je z jednoczesnym całkowitym wyłączeniem świadomości wszelkich innych treści). Towarzyszą mu elementy analogiczne do tych, jakie występują przy scenach, pozostawiając zresztą po sobie niepamięć. Może się wydawać, że wspomniane ostatnio objawy wyraźnie odbiegają od tego, co nazywamy nerwicą. Oczywiście, w momencie zamroczenia osobnik histeryczny jest niejako wyłączony z rzeczywistości, jednak w ogólnym rozrachunku jego umiejętność przystosowania się jest nie gorsza niż u innych nerwicowców. Mimo że osobnik z nerwicą histeryczną wzbudza często uczucia negatywne w otoczeniu, jest nie mniej chory niż inni nerwicowcy. Otoczenie nie powinno, rzecz prosta, podtrzymywać w nim poczucia choroby, a kwestię dawkowania rozmów o chorobie i jej objawach należy pozostawić lekarzowi.

Wiele trudności w leczeniu nasuwa dalsza grupa objawów nerwicowych, nazywana ogólnie hipochondrią. Jest to tendencja do zbyt łatwego uznawania się za chorego, do rezygnowania z różnego rodzaju aktywności życiowej, „bo to może zaszkodzić". Jednocześnie nierzadko zaznacza się drobiazgowe analizowanie prawidłowych czynności organizmu i zbyt pochopne wyprowadzanie wniosków z różnych prawidłowych doznań cielesnych. Są to wszystko objawy niespecyficzne, występują one w różnych zespołach, a więc i w zespołach zaburzeń psychicznych; w nerwicach nie należą do rzadkości, dlatego też należy o nich wspomnieć.

U wielu osób z nerwicami spotykamy szereg innych dolegliwości np. obniżenie nastroju, nigdy zresztą nieosiągające głębokości „prawdziwej" depresji, o której

była mowa z okazji zaburzeń psychotycznych. Pospolitym zjawiskiem są zaburzenia snu, zwłaszcza trudności w zasypianiu, łatwe budzenie się. Często występują bóle głowy, oraz bóle i rozmaite dolegliwości różnych narządów organizmu; do najczęstszych może należą: bicie serca, nadmierna potliwość, blednięcie i czerwienienie się, drżenie kończyn, różne dolegliwości w jamie brzusznej. Wiele z tych dolegliwości łączy się z hipochondrią, niekiedy towarzyszą one objawom histerycznym lub lękowym. W ten sposób niepostrzeżenie przekroczyliśmy granicę między zaburzeniami psychicznymi i cielesnymi, granicę zresztą sztuczną, umowną, ponieważ w człowieku nie są to jakieś dwa odrębne światy. Z doświadczenia codziennego wiemy, jak odbijają się na stanie naszego zdrowia przeżycia psychiczne, które wpływają na czynności cielesne organizmu. Podobna sytuacja występuje oczywiście również w zakresie zaburzonych, nieprawidłowych stanów czynności ośrodkowego układu nerwowego. Nic więc dziwnego, że w przypadku niektórych zaburzeń psychicznych notujemy szereg objawów cielesnych, musimy je jednak odróżniać od zaburzeń chorobowych w samych narządach cielesnych, chociaż i te zaburzenia mogą w mniejszym lub większym stopniu zależeć od czynności ośrodkowego układu nerwowego. Oczywisty pomost między jednymi i drugimi stanowią choroby cielesne pozostające w wyraźnym związku z bodźcami psychicznymi, tzw. zaburzenia psychosomatyczne, korowotrzewne, psychofizjologiczne albo somatyzacyjne. Wrócimy jeszcze do nich później.

Kilkakrotnie zaznaczaliśmy w tym rozdziale, że objawy nerwicowe mogą występować w prawdziwych chorobach psychicznych, czyli psychozach, wskazując jednocześnie, że zdarzają się także i u ludzi zdrowych. Można się nawet spotkać z opinią, że u ludzi zdrowych występuje szereg objawów, zachowań, reakcji — wydawałoby się — typowo nerwicowych. Powstaje więc pytanie, gdzie jest granica między zdrowiem a nerwicą, niekiedy można się wręcz spotkać z twierdzeniem, że w ogóle jej nie ma. Pomijając fakt, że tego rodzaju sytuacja byłaby paradoksalna (po co mówić o nerwicach, skoro są one

identyczne ze zdrowiem), wydaje się, iż taka granica jednak istnieje. Ci psychiatrzy, którzy podkreślają możliwość rozmaitego rodzaju „nerwicowych" reakcji i postaw u człowieka zdrowego, również widzą tę granicę: zostaje ona przekroczona wtedy, gdy człowiek zaczyna reagować w jeden określony sposób, gdy reakcje te zaczynają przeważać, aż ostatecznie wyprą inne. A oto inna różnica: „pewności" w ważnych sytuacjach życiowych lub kilkakrotne sprawdzanie, czy się wzięło jakiś przedmiot z domu, to jednak co innego aniżeli natręctwa prawdziwe. W tym drugim przypadku dołącza się szereg przeżyć, nie znanych człowiekowi zdrowemu; inna zupełnie jest „waga" prawdziwego objawu nerwicowego, a inna podobnego zewnętrznie przeżycia człowieka zdrowego. Ogólnie można by to ująć w ten sposób (i to właśnie stanowi może ową najpoważniejszą różnicę, o której zresztą już wspominaliśmy): osobnik nerwicowy natrafia w życiu zasadniczo na te same problemy co człowiek zdrowy, ale ma znacznie większe trudności w radzeniu sobie z nimi.

Na zagadnienie to można spojrzeć jeszcze nieco szerzej. Mamy tu na myśli możliwość stwierdzenia, że u osobnika nerwicowego odgrywają rolę nie tylko objawy nerwicy, ale także pewne cechy jego osobowości. Niektórzy psychiatrzy, zwłaszcza nieco starszej daty, uważali, że nerwice rozwijają się jedynie u osobników psychopatycznych. Sądzono, że człowiek, posiadający prawidłową osobowość, nie może na żadne okoliczności zewnętrzne ani konflikty wewnętrzne „reagować nerwicą", czyli nerwica nie może się rozwinąć u człowieka absolutnie zdrowego psychicznie. Inna grupa psychiatrów, zwłaszcza o nastawieniu psychoanalitycznym (o kierunku tym będzie mowa w jednym z dalszych rozdziałów), reprezentowała zupełnie odmienny pogląd: psychoanalitycy absolutnie nie interesowali się jakimiś „patologicznymi zadatkami" patologiczną osobowością. Z biegiem lat nastąpiło jednak pewne zbliżenie tych dwóch odległych stanowisk. Z jednej strony, już doświadczenia I wojny światowej wykazały, że w pewnych warunkach zasadniczo każdy (a więc nie tylko psychopata) może

reagować nerwicowo, z drugiej strony, psychoanalitycy przestali interesować się wyłącznie objawami, zaczęli zaś zwracać uwagę również i na cechy osobowości. Różnią się one od objawów przede wszystkim tym, że osobnik nimi „obdarzony" uważa je za własne, naturalne, same przez się zrozumiałe. Nie są to zresztą cechy szczególnie odbiegające od spotykanych u innych ludzi (podobnie jak w psychopatii stwierdzamy tu jedynie różnice ilościowe), z tym że różnica w stosunku do norm przeciętnych jest wyraźnie mniejsza niż w psychopatii i że mamy do czynienia z zespołem cech mniej „szkodliwych", mniej zaburzających współżycie społeczne. Spotykamy np. takie cechy, jak: pedanteria, nadmierne przestrzeganie porządku i czystości, uleganie sugestii, zbyt silne manifestowanie uczuć, teatralność, nadmierną rezerwę, skłonność do fantazjowania, zbyt dużą zależność od otoczenia itd. Możemy powiedzieć ogólnie, zresztą bez intencji zastanawiania się w tym miejscu nad pochodzeniem ani nad przebiegiem nerwic, że wymienione cechy w różnych kombinacjach mogą poprzedzać objawy nerwicowe, mogą się rozwijać z nimi równolegle, bądź też występować w wyraźnie nasilonym stopniu u osób bez objawów nerwicowych. Ta ostatnia grupa może być niewątpliwie sporna. Można ją uważać za „odmianę" nerwic, za osoby „skłonne" do nerwic (rzeczywiście, u niektórych z nich rozwija się z czasem nerwica) lub za osoby zdrowe bez dalszych zastrzeżeń. Rzadko też osoby tego rodzaju zwracają się do lekarza — praktycznie zdarza się to niemal wyłącznie z innych przyczyn (np. trudności seksualne, rozwój nałogu alkoholowego lub narkomanii itd.).

Z problemem nerwic łączy się występowanie rozmaitych innych objawów mających niekiedy charakter nerwicowy. Często towarzyszą one innym zaburzeniom i nazywane są czasem wprost „nerwicami" lub objawami nerwicowymi. Można tu wymienić takie np. zjawiska, jak moczenie się nocne u dzieci, utrzymujące się latami, nasilające się w pewnych warunkach, ustępujące w innych. Charakter nerwicowy przypisuje się też niektórym postaciom jąkania. U dzieci występują również w pewnych okolicznoś-

ciach wymioty i zaburzenia łaknienia, przy czym mechanizm tych zjawisk zbliżony jest do nerwicowych.

Osobny dział stanowią tak zwane zaburzenia psychosomatyczne, o których była już mowa poprzednio. Należy tu szereg zaburzeń czynności przewodu pokarmowego, układu krążenia i in. Granice tych zaburzeń (w stosunku do chorób ściśle „somatycznych") są sporne, tym bardziej, że na powstawanie wielu spraw, wydawałoby się ściśle somatycznych, ma wpływ również i czynnik psychiczny. Wyraźny udział czynnika psychicznego zaznacza się np. w chorobie nadciśnieniowej, w niektórych przypadkach dychawicy (astmy) oskrzelowej, we wrzodzie żołądka itp. Istnieją też dane, które takie powiązanie przyczynowe w wielu przypadkach kwestionują. Zwraca się więc uwagę, że rozwijająca się z dowolnych przyczyn dana sprawa chorobowa, prowadzi ze swej strony do zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego. Nierzadko np. w chorobie nadciśnieniowej lekkie zaburzenia psychiczne (chwiejność nastroju, drażliwość, męczliwość, niekiedy zaburzenia snu, przygnębienie) przejawiają się już we wczesnych okresach, przed stwierdzeniem podwyższenia ciśnienia i wtedy bierze się mylnie „przeżycie psychiczne" za przyczynę całej sprawy. Podobnie bywa i w innych jednostkach chorobowych, jak wrzód żołądka, nadtarczyczność i inne. Pewne jest jedno: wzajemne powiązanie, wzajemny wpływ na siebie czynności ośrodkowego układu nerwowego i czynności innych układów ustroju ludzkiego.

Szereg powiązań tego rodzaju dotyczy życia seksualnego. Niewątpliwie — szereg zaburzeń seksualnych — np. wiele przypadków impotencji (niemocy płciowej), jak i oziębłości płciowej — zdarza się u osobników z objawami nerwicowymi. Te same zaburzenia występują wprawdzie również u osobników o opisanych poprzednio cechach osobowości, utożsamianie jednak jednej grupy zaburzeń z drugą nie jest całkowicie uzasadnione ze względu na bardzo różne momenty etiologiczne (przyczyny).

Cechy osobowości mają niekiedy także istotne znaczenie w zupełnie innej grupie zaburzeń, które tu tylko wymieniamy dla całości obrazu. Chcemy mianowicie

wspomnieć o sprawie bardzo ważnej, bo niesłychanie rozpowszechnionej — o alkoholizmie. Niewątpliwie zasadnicze znaczenie w powstawaniu alkoholizmu mają czynniki społeczne — od istnienia obyczaju używania alkoholu począwszy. Jednak istotny w bardzo wielu przypadkach jest problem określonych cech osobowości, takich jak: bierność, nadmierna zależność od otoczenia, tendencje do poszukiwania rzekomych sukcesów (alkohol daje między innymi takie właśnie poczucie „osiągnięcia" czegoś) itd.

Podobne cechy osobowości prowadzą niekiedy do innych nałogów, które nie odgrywają u nas obecnie tak ważnej roli, gdyż są bardzo mało rozpowszechnione, a mianowicie do narkomanii prawdziwej (w tej chwili wchodzi tylko w grę morfina i inne przetwory makowca) oraz do tzw. rzekomych albo „małych" narkomanii (środki nasenne i uspokajające, zwłaszcza związki kwasu barbiturowego oraz środki pobudzające typu amfetaminy). Nie zatrzymujemy się przy tych sprawach, ponieważ przekraczają ramy niniejszej książki, a wiele zagadnień (alkoholizm, zaburzenia seksualne, zaburzenia psychosomatyczne, psychiatria dziecięca) wymaga odrębnych opracowań.

Nakreślony wyżej obraz niezwykle różnorodnych objawów nerwic i cech osobowości przypominających je, stawia przed nami interesujący i ważny w dzisiejszych czasach problem społecznego znaczenia nerwic. Mieliśmy już okazję wspomnieć, że miarodajnych danych co do liczby nerwic nie ma ani u nas, ani gdzie indziej. Istnieją tylko dane niepewne, pośrednie. Tak więc, twierdzenia o bardzo wielkiej liczbie nerwic opierają się zazwyczaj na zbyt szerokim ujmowaniu zagadnienia, na wliczaniu do nerwic wszelkich skarg pacjentów, którzy np. obok stwierdzonych organicznych zmian w narządach wewnętrznych, zgłaszają skargi hipochondryczne. Zgłaszanie się większej liczby chorych z nerwicami zależy zwykle od rozbudowy placówek leczniczych lub wzrostu zaufania do lekarzy, a także od popularyzowania w niektórych środowiskach zagadnień psychiatrii. Zgłaszalność nie jest więc niewątpliwie miarą prawdziwej liczby cho-

rych. Dane szacunkowe są na świecie różne, jednak z reguły wynoszą kilka procent ogółu ludności, a niektórzy psychiatrzy mówią o liczbach wyższych. Wyobraźmy sobie np., że w Polsce mamy tylko 5% osób z zaburzeniami typu nerwicowego, to już znajdziemy ich półtora miliona. Niechaj tylko połowa wymaga leczenia, to liczba ich wyniesie już 750 tysięcy osób. I chociaż bardzo rzadko potrzebne jest w tych sprawach leczenie szpitalne, problem jest z pewnością olbrzymi. Oczywiście, na tym nie kończy się znaczenie społeczne nerwic. Niewątpliwie kolosalny jest ich wpływ na absencję chorobową, a w wielu przypadkach (zwłaszcza nieleczone lub źle leczone) prowadzą szybko do inwalidztwa. Oczywiście nerwice przeszkadzają także i w życiu rodzinnym, i we wszelkich dziedzinach życia społecznego, i choć zasadniczo nie demonstrują cech antyspołecznych, to jednak ograniczają niewątpliwie możliwości współżycia jednostki z otoczeniem.

Na tym zakończylibyśmy część książki dotyczącą opisu chorób psychicznych i zaburzeń psychicznych w szerszym sensie. Mimo wspomnianych już kilkakrotnie trudności spróbujemy jeszcze raz dokładniej oznaczyć zakres tych dwóch pojęć.

Choroba psychiczna jest to takie zaburzenie czynności psychicznych, które utrudnia lub uniemożliwia adaptację społeczną (stale lub w pewnym okresie) wskutek występowania objawów psychotycznych (w rozdz. 2 wyliczyliśmy szereg takich objawów). Ta definicja ma oczywiście pewne wady; możliwe, że zbyt podkreśla kryterium społeczne, ale to kryterium jest niewątpliwie praktycznie ważne. Można by również żądać bliższego określenia pojęcia „objawów psychotycznych", jednak ograniczymy się tylko do stwierdzenia, że są to objawy psychopatologiczne ciężkie, bardzo wyraźnie zaburzające kontakt z rzeczywistością.

Zaburzenia psychiczne stanowią pojęcie o wiele szersze niż choroby psychiczne. Oprócz tych ostatnich obejmują szereg innych stanów, między innymi nerwice, psychopatię, niedorozwój umysłowy. Łącznie można je określić jako wszelkie nieprawidłowości życia psychicznego, zabu-

rzające choćby w niewielkim stopniu adaptację społeczną osobnika. Znów podkreślamy wagę kryterium społecznego i znów musimy dodać, że nie jest to kryterium jedyne, skoro mówimy o dezadaptacji spowodowanej nieprawidłowościami psychicznymi. Już w związku z omawianiem psychopatii zatrzymaliśmy się nad rozróżnianiem niedostosowania zwykłego i patologicznego, ograniczymy się więc do stwierdzenia, że we wszelkich zaburzeniach psychicznych sprawa przedstawia się podobnie: podstawą niedostosowania są albo określone cechy jakościowe (np. objawy psychotyczne lub nerwicowe), albo też szczególne ilościowe nasilenie cech jakościowych zasadniczo rozpowszechnionych wśród ludzi zdrowych, osiągających wyraźnie nieprzeciętny poziom w patologii. Omawiana w związku z psychopatią nieprawidłowość struktury osobowości polega na znacznym nasileniu (lub wyraźnej słabości) cech osobowości występujących w normie. Zasadniczo odchylenie ilościowe stanowi też niedorozwój umysłowy, w którym dyspozycje psychiczne, warunkujące sprawność intelektualną, rozwijają się zbyt słabo.

Można więc jeszcze raz powrócić do pojęcia zaburzeń psychicznych, określając je jako wszelkie objawy psychopatologiczne lub struktury psychiczne wyraźnie jakościowo lub ilościowo odbiegające od norm przeciętnych, uniemożliwiające lub ograniczające przystosowanie społeczne.

4

Biologiczne źródła zaburzeń psychicznych

Nauka o dziedziczności odgrywa w psychiatrii poważną rolę, od najdawniejszych bowiem czasów udawało się niejednokrotnie zauważyć rodzinne występowanie chorób psychicznych. Ściślejsze ujmowanie tych zagadnień umożliwiły jednak dopiero w psychiatrii, jak również w innych gałęziach medycyny, przeprowadzone w połowie XIX w. doświadczenia wielkiego uczonego, G. Mendla. Zaczęto rozumieć, dlaczego niektóre cechy, a więc i choroby, mogą się dziedziczyć, dlaczego np. dziedziczy je nie całe potomstwo itd. Badania nad tymi sprawami rozwinęły się w psychiatrii zwłaszcza w dwudziestoleciu międzywojennym. Były to przeważnie badania statystyczne oparte na analizie zachorowalności poszczególnych rodzin. Stwierdzono wówczas pewne współzależności między występowaniem niektórych chorób psychicznych u rodziców a prawdopodobieństwem zachorowania potomstwa. Wyprowadzano z tego często wnioski zbyt daleko idące, uznając szereg chorób za dziedziczne bez dalszych omówień. W hitlerowskich Niemczech obok wyniszczania chorych psychicznie stosowano dość szeroko sterylizację, zgodnie z hitlerowską ustawą „o zapobieganiu patologicznemu przyrostowi". Po tym okresie nastąpiła wyraźna reakcja. Zainteresо-

wanie sprawami dziedziczności z czasem zmniejszało się na korzyść zainteresowania innymi czynnikami powodującymi zaburzenia psychiczne; a mianowicie zarówno czynnikami biologicznymi (zakażenia, zatrucia, urazy), jak i społecznymi. Nad dziedzicznością również prowadzono ważne i ciekawe badania, ale prac z tej dziedziny było znacznie mniej.

Zajmiemy się teraz pokrótce polskimi osiągnięciami genetyki psychiatrycznej. Wiele prac w tej dziedzinie dotyczy występowania określonych zaburzeń psychicznych u bliźniąt. Jak wiadomo, istnieją bliźnięta jednojajowe, bardzo do siebie podobne, pochodzące z tej samej komórki jajowej, a więc identycznie wyposażone genowo, i bliźnięta dwujajowe, czyli pochodzące z różnych komórek jajowych, a więc niejednakowo wyposażone genowo. Podobieństwo między bliźniętami dwujajowymi (także i podobieństwo w wyposażeniu genowym) jest takie samo, jak podobieństwo rodzeństwa w ogóle. Wobec tego jasne jest, że porównywanie par bliźniąt jednojajowych i dwujajowych jest bardzo istotną metodą w badaniach nad dziedzicznością. Można tu podać następujące przykłady. Badano pewną liczbę bliźniąt jednojajowych i dwujajowych, u których występowała schizofrenia. Stwierdzono, że jeżeli jedno z bliźniąt cierpi na schizofrenię, to w parach jednojajowych także i drugie jest chore w 85% przypadków, a w parach dwujajowych tylko w 14—15% przypadków. Fakt ten bardzo wyraźnie wskazuje na znaczenie dziedziczności w etiologii schizofrenii. Do badań nad bliźniętami w innych sprawach chorobowych jeszcze wrócimy; a teraz zatrzymajmy się na sprawie dziedziczenia schizofrenii. Obliczono, że jeżeli rodzice cierpią na schizofrenię, prawdopodobieństwo zachorowania wynosi u potomstwa 85%, jeżeli tylko jedno z rodziców jest chore, ryzyko spada do 16%. W tym ostatnim przypadku podkreśla się też możliwość podwyższenia lub obniżenia się tego odsetka w zależności od cech biologicznych drugiego z rodziców. Można zacytować jeszcze jedną liczbę: wśród rodziców schizofreników znajdujemy jedynie około 10% osób chorych na schizofrenię. Jakie z tych liczb wypływają wnioski? Z jednej

strony, świadczą one dość wyraźnie o wpływie dziedziczenia na powstawanie schizofrenii, z drugiej strony, wnosić można, że nie odgrywa on zapewne roli decydującej, skoro wśród potomstwa „dwustronnie obciążonego" (chorzy obydwoje rodzice) choruje nie całe potomstwo, lecz 85%. Widocznie na to, aby rozwinęła się schizofrenia, potrzebne są także jakieś inne czynniki dodatkowe. Jak się kiedyś wyraził E. Kretschmer, „dziedziczność stanowi część warunków rozwoju choroby, druga część pochodzi z warunków zewnętrznych". Warunki te są właśnie przedmiotem badania innych gałęzi psychiatrii i im lepiej uda się je poznać, tym łatwiej będzie można zapobiec chorobie.

Wymowa podanych wyżej liczb ulega pewnemu osłabieniu, gdy weźmiemy pod uwagę wysoki odsetek schizofreników wśród potomstwa „dwustronnie obciążonego", co można tłumaczyć częściowo i tym, że przebywa ono i wychowuje się w środowisku wyłącznie schizofrenicznym. Rzadsze występowania schizofrenii wśród potomstwa rodziców, z których tylko jedno cierpi na schizofrenię, jest zgodne z zasadami dziedziczności. Jednocześnie jednak wiąże się to także z różnicą w atmosferze wychowawczej, innej zupełnie w rodzinie, gdzie choruje i ojciec, i matka. Trzeba tu jednak zaznaczyć, że są to jedynie przypuszczenia, wypowiadane zresztą już niejednokrotnie przez różnych psychiatrów. O pracach próbujących wiązać etiologię schizofrenii z warunkami wychowania będzie jeszcze mowa.

Wróćmy jeszcze do jednej z wymienionych cyfr: wśród rodziców dzieci schizofrenicznych jest blisko 10% chorych na tę chorobę. Odsetek ten jest stosunkowo niski, albowiem w większości przypadków schizofrenia sama „zapobiega dziedziczeniu", to znaczy nie dopuszcza do posiadania potomstwa przez chorego. Nie chodzi tu o zmniejszenie płodności, lecz raczej o stosunkowo małą liczbę małżeństw, zawieranych przez schizofreników. Skoro więc ogromna ilość schizofreników pochodzi od osób zdrowych (pomijamy dalszych krewnych, którzy też mogą mieć znaczenie w dziedziczeniu), to przekonamy

się, że w tym przypadku muszą odgrywać również rolę czynniki pozadziedziczne.

Podobne liczby uzyskano w badaniach nad psychozą maniakalno-depresyjną, z tym że bliźnięta jednojajowe chorują jeszcze bardziej „zgodnie", bo prawie w 96%, dwujajowe w 26%. Rodzice osób chorych na tę psychozę stosunkowo częściej same na nią cierpią (23%). Zastrzeżenia, o których była mowa w stosunku do dziedziczenia schizofrenii, mają zastosowanie również do psychozy maniakalno-depresyjnej, chociaż może w nieco mniejszym stopniu.

W padaczce wyniki podobnych badań są następujące: u bliźniąt jednojajowych zgodność w chorobie wynosi 66%, u dwujajowych 3%. Warto tu jeszcze zwrócić uwagę na następujący fakt: w padaczce stwierdza się zwykle charakterystyczne zmiany w badaniu elektroencefalograficznym (rejestracja mózgowych prądów czynnościowych). Istnienie tego rodzaju zmian potwierdza rozpoznanie padaczki, jednakże tylko w tych przypadkach, gdy występują jednocześnie jej objawy. W tym świetle interesujący jest fakt stwierdzenia stuprocentowej zgodności zapisów elektroencefalograficznych u bliźniąt jednojajowych. Jeżeli przypomnimy, że zgodność występowania padaczki u jednojajowych bliźniąt wynosi 66%, to ta różnica 34% wskazuje na znaczenie czynników dziedzicznych.

W latach dwudziestych i trzydziestych bardzo popularna była teoria E. Kretschmera. Uczony ten wskazuje na istnienie prawidłowych typów konstytucji psychicznej, w pewnym stopniu podobnych do trzech zasadniczych grup chorobowych, o których dziedziczeniu była mowa. Istnieje więc typ schizotymiczny, „zbliżony" do schizofrenii i skłonny do samotności, zamknięty w sobie, ale — co należy podkreślić — zdrowy. Cyklotymik „spokrewniony" jest z psychozą maniakalno-depresyjną, czyli cykliczną; ma to być osobnik zdrowy, który skłonny jest albo do określonych, nieznacznych wahań nastroju, albo — i to przez całe życie — jest nieco bardziej skłonny do smutku lub do wesołości; jednocześnie jest to osobnik syntoniczny, to znaczy „współdźwięczący" z otoczeniem,

dostosowujący się uczuciowo, potrzebujący kontaktu z ludźmi. Trzeci typ wreszcie — prawidłowy, to osobnik wiskozny (albo według F. Minkowskiej — gliskroid). Obie te nazwy mówią o lepkości, „kleistości", przesadnej dokładności, przetrwałych afektach. Wymienione tu typy konstytucji psychicznej (a więc zespół cech zasadniczo stałych) mają w dużym procencie przypadków odpowiadać określonej konstytucji cielesnej. Schizotymik to osobnik chudy, stosunkowo wysoki (leptosom); cyklotymik — gruby, na krótkich nogach, z okrągłą twarzą (pyknik); gliskroid odpowiada konstytucji cielesnej pośredniej, tzn. atletycznej budowie ciała. Obok tych czysto zewnętrznych opisów budowy zwrócono uwagę na szereg cech w zakresie czynności narządów wewnętrznych i skłonności do określonych chorób somatycznych (cielesnych). Dalszy punkt teorii Kretschmera zakłada istnienie odpowiednich typów pośrednich; tak więc „między" schizofrenikiem a schizotymikiem znajduje się schizoid, a dalej — odpowiednio: cykloid i epileptoid. Obecnie mniej się na ogół mówi o wyraźnie ukształtowanych Kretschmerowskich typach konstytucji. Możliwe, że mamy do czynienia raczej z „mieszankami", możliwe też że cechy i postawy nabyte są bardziej istotne. Typy pośrednie (schizoid, cykloid, epileptoid) zaliczamy do psychopatów, a niekiedy traktujemy je jako przykład wyjątkowo łagodnych, ubogoobjawowych spraw chorobowych. W każdym razie zasadnicze linie Kretchmerowskiego podziału mają ciągle jeszcze w psychiatrii dość duże znaczenie. Kretschmer w książce pt. *Ludzie genialni* zajął się również szeroko tematem zdrowia psychicznego ludzi wybitnych, a także ich przodków. Autor nie stawia już, jak C. Lombroso, znaku równości między geniuszem i obłąkaniem. Zastanawiając się nad znaczeniem eugeniki w psychiatrii warto pamiętać, że właśnie bardzo wielu ludzi wielkich pochodziło z rodzin, w których choroby psychiczne występowały często (co właśnie opisał Kretschmer).

Problemy dziedziczności mają również znaczenie w innych zespołach zaburzeń psychicznych. Otóż mówi się czasem o dziedziczeniu skłonności do zachorowań na

nerwicę lub też o skłonności do dziedzicznego „wyboru" typu objawów nerwicowych. Ta ostatnia możliwość wskazywałaby na ewentualne dziedziczenie typu osobowości, temperamentu, czy też typu układu nerwowego (typu wyższych czynności nerwowych) według Pawłowa. Oczywiście i w tym przypadku dziedziczenia nerwic aktualne są wszystkie zastrzeżenia, dotyczące udziału czynnika zewnętrznego, o czym już była mowa w odniesieniu np. do schizofrenii, z tym że zastrzeżenia te są w tym przypadku o wiele wyraźniejsze.

Według dość powszechnie panującego przekonania dziedziczy się również niedorozwój umysłowy. Zdaje się jednak, że aczkolwiek to przekonanie jest dość powszechne, można je uznać za błędne. Oczywiście, istnieje szereg form niedorozwoju, związanego z rozmaitego rodzaju chorobami układu nerwowego, w których czynnik dziedziczny ma istotne znaczenie. Wrodzone nieprawidłowości przemiany materii (niedorozwój fenylopirogronowy, galaktozemia) związane są również z dziedziczeniem, chociaż jego typ jest tu niejasny. Wszystkie te przypadki stanowią jednak stosunkowo niewielki odsetek ogółu przypadków niedorozwoju. Wielokrotnie częściej mamy do czynienia z niedorozwojem osobniczo nabytym, a więc powstającym wskutek chorób zakaźnych, urazów i innych czynników, uszkadzających rozwijający się ośrodkowy układ nerwowy w okresie płodowym lub w pierwszych latach życia.

Wróćmy jeszcze raz do niedorozwoju fenylopirogronowego i galaktozemii. Powtarzam, są to sprawy dziedziczne. Ale przypomnijmy sobie, co mówiliśmy o tych sprawach chorobowych w rozdz. 2: niedorozwój pochodzi w tym przypadku z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, spowodowanego nie samą dziedzicznością, lecz niemożnością „radzenia sobie" przez organizm z pewnymi określonymi składnikami normalnej diety (jeden z aminokwasów, galaktoza). Jeżeli przez pewien czas ochronimy organizm przed tymi składnikami produktów spożywczych przez stosowanie diety specjalnej — rozwój układu nerwowego, a więc i rozwój intelektu będzie odbywał się prawidłowo, i niedorozwój nie wystąpi. Wy-

daje się, że podobna sytuacja może zaistnieć w przyszłości w stosunku do szeregu innych zaburzeń psychicznych, w których — analogicznie — czynnik dziedziczny ma wprawdzie znaczenie, ale po to, aby choroba rozwinęła się, potrzebne jest również zadziałanie czynnika zewnętrznego. Postępowanie przy niedorozwoju fenylopirogronowym, galaktozemii, kile wrodzonej (patrz rozdz. 2) może stanowić model zapobiegania w psychiatrii.

Przejdźmy teraz do współczesnych poglądów na znaczenie „chorobotwórcze" innych spraw, a mianowicie nabytych zmian morfologicznych w tkance mózgowej. Można tu np. wymienić dawno znane i bezsporne: sprawy pourazowe, stany po zapaleniu mózgu i opon, ostre i przewlekłe zatrucia, zmiany starcze, miażdżycowe oraz związane z guzami (zwykle nowotworowymi) mózgu. Odrębne miejsce wśród zakażeń zajmuje kiła mózgowo-rdzeniowa w różnych odmianach, z porażeniem postępującym włącznie (w ostatnich latach dość rzadka sprawa chorobowa).

W leczeniu wymienionych wyżej spraw nastąpiła w ostatnich czasach znaczna poprawa (o czym będzie jeszcze mowa), a dzięki rozwojowi metod diagnostycznych potrafimy obecnie wykrywać więcej organicznych zmian mózgowych. Między innymi, ze spraw ważniejszych, częstszych zebrano wiele obserwacji, dotyczących zaburzeń psychicznych pochodzenia gośćcowego. Bywają to zaburzenia zarówno natury psychotycznej, jak i przebiegające podobnie do zespołów nerwicowych.

Następne zagadnienie jest bardziej złożone. Istnieje mianowicie szereg chorób niezmiernie pospolitych, np. błonica, świnka, czyli zapalenie przyusznicy, albo jeszcze częstsza odra. Te pospolite choroby zakaźne prowadzą niekiedy do ciężkich powikłań w postaci stanów zapalnych ośrodkowego układu nerwowego. Okazuje się przy tym niekiedy, że w trakcie choroby nie ma wyraźnych objawów mózgowych, a nieco później stwierdza się drobne zmiany neurologiczne lub zaburzenia psychiczne zbliżone do nerwicowych, a niekiedy struktura osobowości zbliża się do psychopatycznej. Oczywiście, w tych wszystkich przypadkach sprawa rozgraniczenia przyczyn

(kwestia stosunku do ewentualnych czynników dziedzicznych z jednej strony, a czynników zewnętrznych, „społecznych" z drugiej) nie jest prosta, jednak niewątpliwie nie należy pomijać wpływu wspomnianych organicznych zmian nabytych. Warto zwrócić w tym miejscu uwagę na „karierę" padaczki. Otóż w ostatnich latach, między innymi dzięki rozwojowi elektroencefalografii, do zaburzeń pochodzenia padaczkowego zalicza się nieco więcej zespołów, niż to czyniono choćby 10 lat temu. Padaczkę stwierdza się czasem tam, gdzie dawniej rozpoznano by objawy np. histeryczne, niekiedy również w przypadkach zbliżonych do obrazów schizofrenicznych. Jest to bardzo ważne nie tylko w aspekcie teoretycznym różnych przyczyn zaburzeń psychicznych, ale także z punktu widzenia praktycznego, terapeutycznego. Między innymi niektóre formy zaburzeń wskazują na określone umiejscowienie ognisk chorobowych (np. padaczka skroniowa, czyli warunkowana istnieniem anatomicznych zmian chorobowych w płacie skroniowym). Takie ogniska chorobowe (blizny pourazowe, guzy itd.) można niekiedy usuwać operacyjnie.

Przypadki zaburzeń psychicznych związanych z zatruciami zwiększyły się nieco wskutek rozwoju techniki, ponieważ zaczęto stosować szereg nowych substancji szkodliwych z interesującego nas punktu widzenia. Należy przede wszystkim wymienić dwusiarczek węgla, rozpuszczalnik znany od dawna, ale ostatnio bardzo szeroko stosowany w szybko rozwijającym się przemyśle tworzyw sztucznych. W niektórych zakładach przemysłowych stwierdza się sporo zatruć przewlekłych dwusiarczkiem, a niektóre z nich przebiegają w postaci ciężkiej, zbliżonej do schizofrenii.

Drugi związek chemiczny stosowany szerzej od niedawna, to czteroetylek ołowiu. Stanowi on dodatek niektórych odmian benzyny silnikowej. Pod koniec wojny cofająca się armia hitlerowska pozostawiła w wielu miejscach zapasy benzyny z tą domieszką, w związku z czym notowano szereg zatruć u osób stykających się z lakierami, pastą do podłóg, a nawet napojami alkoholowymi pokątnej produkcji, zawierającymi tę benzynę

lub dodatek czystego czteroetylku. Niekiedy stwierdzano ostre psychozy z podnieceniem, zaburzeniami przytomności, omamami (obraz nieco przypominający majaczenie alkoholowe, czyli *delirium tremens*) i wówczas chory wymagał leczenia psychiatrycznego. Z innych zatruć duże znaczenie w dalszym ciągu ma zatrucie tlenkiem węgla, wchodzącym w skład gazu świetlnego. Zatrucie to spotykane jest często w sąsiedztwie wadliwych urządzeń ogrzewniczych w przemyśle. Zatrucia ostre powodują nierzadko zgon. U pacjentów pozostających przy życiu rozwija się po odzyskaniu przytomności zespół głębokich zaburzeń pamięci. Nie będziemy omawiali tu wszystkich zatruć przypadkowych i samobójczych; zostawimy także na uboczu alkoholizm, należący również do zatruć przewlekłych, i narkomanię. Należy natomiast wspomnieć o niektórych „nowościach" w tym zakresie. Otóż względnie nowym narkotykiem jest marihuana, pochodząca z rośliny spokrewnionej z konopiami indyjskimi (z których pochodzi haszysz), dająca stan upojenia, błogostan. Roślina ta jest bardzo rozpowszechniona w Ameryce Środkowej, a używanie marihuany (najczęściej w postaci papierosów) jest od jakiegoś czasu plagą pewnych kół młodzieży w Stanach Zjednoczonych. Po ostatniej wojnie pojawia się sporadycznie również w Europie Zachodniej (największe „epidemie" notowano w Niemieckiej Republice Federalnej).

Do nowych środków należą także niektóre leki „pobudzające": usuwające senność i zmęczenie, poprawiające nastrój, zmniejszające łaknienie. Były one znane już przed wojną (ortedryna, psychedryna), a obecnie jest ich znacznie więcej. Leki te nie są prawdziwymi narkotykami, ale częste ich używanie prowadzi do przyzwyczajenia, a nadużywanie tych środków powoduje niepokój, lęk, podwyższoną męczliwość, zaburzenia snu, wybuchowość. W pewnej liczbie przypadków rozwijają się psychozy z omamami i urojeniami. Obecnie te środki są mniej „modne" — dawniej używano ich czasem w okresie wytężonej pracy umysłowej, np. przed egzaminami. Dziś stosowane są niekiedy z innych przyczyn: obniżają łaknienie, a więc ułatwiają „kuracje" odchudzające.

Blisko zatruć stoją awitaminozy. W naszych szerekościach geograficznych raczej rzadko stwierdza się takie zespoły, jak beri-beri (awitaminoza B_1) lub gnilec, czyli szkorbut (brak witaminy C). W psychiatrii stosunkowo duże znaczenie ma pellagra (awitaminoza PP, rumień lombardzki) i — choć jest ona rzadka u nas — zdarzają się jednak formy niepełne, „poronne". Z zaburzeń psychicznych na pierwszy plan wysuwa się tu obniżenie nastroju, a w przypadkach przewlekających się — spadek sprawności intelektu.

Pewne znaczenie ma też awitaminoza B_1 u alkoholików. Alkohol z jednej strony podwyższa zapotrzebowanie na tę witaminę, z drugiej — utrudnia jej wchłanianie z przewodu pokarmowego przez powodowanie różnych zmian chorobowych w żołądku i jelitach (zwłaszcza w początkowym odcinku jelit, w dwunastnicy). Może to prowadzić do alkoholowego zapalenia wielonerwowego (a więc podobnie, jak w awitaminozie klasycznej, beri-beri), może też powodować rozległe zmiany mózgowe, identyczne do stwierdzanych w „prawdziwej" awitaminozie B_1, obserwowanej np. podczas II wojny światowej u niektórych jeńców na Środkowym Wschodzie.

Mówiliśmy o przypadkach, w których zmiany organiczne zasadniczo nie ulegają wątpliwości. Wspomnijmy krótko o sprawach spornych. Najczęstszą z tego punktu widzenia chorobą psychiczną jest schizofrenia, uważana przez większość psychiatrów za chorobę „funkcjonalną", czynnościową. Stale jednak ponawia się próby stwierdzenia w przypadkach schizofrenii organicznych zmian mózgowych. Próby te nie dały dotychczas wyników, które mogłyby przekonać ogół lekarzy. Poszukiwania etiologii schizofrenii idą w wielu kierunkach, a „zwolennicy" teorii organicznej przypominają, że gdy nie znano kiłowego pochodzenia porażenia postępującego a stwierdzano tę psychozę, np. u pewnej liczby byłych żołnierzy napoleońskich, szukano jej przyczyn w „trudach wojny i podróży". Jest to aluzja do niektórych aktualnych niedostatecznie udokumentowanych hipotez, troszkę zresztą obosieczna.

Abstrahując od ewentualnych konkretnych zmian mózgowych pojawiają się dość często hipotezy co do znaczenia, jakie odgrywają w powstawaniu schizofrenii niektóre sprawy zakaźne. Próbowano już nawet mówić o odkryciu specyficznego zarazka przesączalnego (wirusa), choć i to się nie potwierdziło. Gromadzi się natomiast stopniowo dosyć dużo materiału dotyczącego zaburzeń chemizmu ustrojowego. Odnotowano w tym zakresie pewne odchylenia, a mianowicie w przemianie białek i węglowodanów, w zakresie czynności gruczołów wewnętrznego wydzielania (o wydzielaniu wewnętrznym będzie mowa szerzej), ale wszystkie te dane nie tylko nie pozwalają na ustalenie przyczyn schizofrenii, ale nawet nie wiadomo, czy mają istotne znaczenie dla jej przebiegu, mechanizmu tworzenia się objawów itd.

Nieco światła na mechanizm powstawania niektórych objawów schizofrenicznych rzucają zatrucia powstające przy pewnych doświadczeniach. Tak więc, objawy podobne do występujących w zespole katatonicznym odnajdujemy w katatonii eksperymentalnej, wywołanej u zwierząt za pomocą bulbokapniny. Szereg omamów i innych zaburzeń psychicznych powoduje znana dawno meskalina. W ostatnich latach wywoływano tzw. psychozy modelowe u ludzi (zdrowych ochotników) za pomocą różnych związków chemicznych, m. in. za pomocą LSD, tj. związku kwasu lizerogowego. Ostre psychozy po zatruciach są pospolitym zjawiskiem. Np. zatrucie wilczą jagodą — zawierającą m. in. atropinę — daje bardzo bogate objawy psychotyczne, jednak obraz tego zatrucia odpowiada majaczeniu, czyli zespołowi zaburzeń przytomności z licznymi omamami, a więc daleko odbiega od obrazu schizofrenii. Atropina jest zresztą środkiem zbyt niebezpiecznym. Alkohol także powoduje obraz nieschizofreniczny, wpływając na zaburzenia przytomności. W celu eksperymentalnego odtworzenia modelu schizofrenii stosowano więc meskalinę, LSD i szereg nowych środków, ponieważ nie zaburzają one przytomności, powodują występowanie omamów, a niektóre doprowadzają do zaburzeń uczuciowości i aktywności — stanów zbliżonych do tych, które dają się zaobserwować w schizofrenii. Wszystkie te objawy mijają

zwykle w ciągu kilku godzin i nie pozostawiają żadnych ujemnych skutków.

W trakcie eksperymentu badani mogą zreferować szereg interesujących z punktu widzenia psychopatologii przeżyć. Sam fakt wywoływania ich przez środek chemiczny stanowi argument przemawiający za znaczeniem niektórych nieprawidłowych ustrojowych przemian chemicznych w patogenezie (rozwój objawów) schizofrenii. Ostatnio próbowano wiązać te zjawiska z tworzeniem się w organizmie tzw. różowej adrenaliny (czyli adrenochomu; produkt przemiany „zwykłej" adrenaliny, stale wytwarzanej w warunkach normalnych przez część rdzenną nadnercza), jednak nie udało się potwierdzić tej hipotezy.

Na zaburzenia przemiany chemicznej dla rozwoju schizofrenii wskazuje pośrednio zupełnie inny eksperyment. Obecnie rozporządzamy szeregiem środków farmakologicznych, tzw. środków neuroleptycznych (fenactil i wiele innych), działających skutecznie w schizofrenii. Okazuje się, że środki te, pomocne w leczeniu „naturalnej" schizofrenii, skutecznie zapobiegają również rozwojowi eksperymentalnych psychoz modelowych.

Osobny kierunek w próbach szukania somatycznego podłoża psychoz stanowią liczne badania, dotyczące związku między psychozami a zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznym. Gruczoły wewnętrznego wydzielania mają w ustroju ludzkim ogromne znaczenie, wpływają na jego ogólny rozwój, regulują wiele procesów przemiany materii, warunkują funkcje seksualne, stanowią łącznie — obok układu nerwowego — najważniejszy system regulacji ogólnoustrojowej. Większość funkcji tych gruczołów, większość wydzielanych przez nie hormonów znamy od dość dawna. Od dawna również znamy szereg faktów, dotyczących powiązań zaburzeń hormonalnych z zaburzeniami psychicznymi. Wiemy, że np. niedoczynność tarczycy (niedostateczna produkcja hormonów tarczycowych) powoduje nie tylko ogólny niedorozwój, ale i konkretnie — niedorozwój umysłowy. Wiemy również, że dostatecznie wczesne podawanie hormonów tarczycy wpływa na wyrównanie poziomu umysłowego. Do obrazu nadczynności tarczycy należą lęki, wybuchowość, drażli-

wość, niekiedy i poważniejsze zaburzenia psychiczne. Znamy też szereg charakterystycznych obrazów psychicznych w innych zaburzeniach hormonalnych. Z drugiej strony wiadomo, że w chorobach psychicznych np. w schizofrenii pospolicie występuje nie tylko np. spadek popędu płciowego, ale i określone zaburzenia hormonalne, np. u kobiet — długie przerwy w miesiączkowaniu. Natomiast nie dały dotychczas wyniku próby szerszego wiązania etiologii, czy też nawet tylko patogenezy schizofrenii, z zaburzeniami hormonalnymi. Na przykład, ostatnie badania nad czynnością tarczycy u schizofreników, prowadzone nowoczesnymi metodami (przy użyciu „znaczonego" jodu, czyli izotopu J 131) nie wskazują na określone zaburzenia tarczycowe w schizofrenii. Stwierdzono tylko więcej — nieco ponad normę — drobnych odchyleń w czynności tarczycy, zresztą zarówno w kierunku lekkiej niedoczynności, jak i nadczynności.

Bardzo interesująco dla psychiatrii zapowiadały się nowe odkrycia dotyczące związków między przysadką a korową częścią nadnercza oraz nadrzędnej roli międzymózgowia. Nadnercze, znane od dawna jako źródło adrenaliny, składa się z dwóch części: adrenalina pochodzi z części rdzennej, tzn. nerwowej (zbliżonej budową do pewnych formacji układu wegetatywnego), natomiast czynności części drugiej, korowej były mniej znane. Jeszcze nie tak dawno medycyna dysponowała jedynie wyciągami z części korowej. Wyciągi te miały dużą wartość leczniczą w zespole niedoczynności nadnercza (spadek ciśnienia, spadek poziomu cukru i niektórych soli we krwi, ogólne osłabienie, postępujące wyniszczanie). Ale dopiero w ostatnich czasach stwierdzono, jakie substancje czynne wydziela część korowa nadnercza. Znaleziono ich cały szereg, praktycznie najważniejszy jest kortyzon, hormon glikotropowy wpływający na regulację przemiany cukrów. Zespół hormonów części korowej nadnercza wpływa także na gospodarkę mineralną — zwłacza na stosunek potasu do sodu, reguluje układ morfologiczny krwi (podwyższa liczbę niektórych komórek białych, obniża poziom innych), hamuje niektóre procesy zapalne itd. Dalej — stwierdzono, że aktywność nadnercza

zależy od czynności przysadki, produkującej kortykotropinę, tj. hormon andrenokortykotropowy (często używa się angielskiego skrótu ACTH — *adreno cortico tropic hormon*), zaś czynności tej ostatniej regulowane są z kolei przez odcinek ośrodkowego układu nerwowego, zw. międzymózgowiem. Nie jest to jednak zależność jednokierunkowa: wydzielane przez nadnercze hormony działają hamująco na przysadkę i międzymózgowie, a więc mamy do czynienia z pewnego rodzaju zamkniętym kołem oddziaływania. Ale nie jest ono zamknięte, albowiem wydzielanie ACTH przez przysadkę pobudza pochodząca z części rdzennej nadnercza adrenalina, a na cały układ wpływa długi szereg czynników ustrojowych i zewnętrznych, jak głód, zimno, bodźce „psychiczne", szereg czynników chorobotwórczych itd. Bodziec, „nacisk" (modne jest ostatnio słowo *stress*) fizyczny lub psychiczny początkowo pobudza aktywność układu przysadkowo-nadnerczowego, następnie zaś — zależnie od siły i czasu działania bodźców — dochodzi do ustalenia się tej aktywności na pewien okres na określonym poziomie lub do „wyczerpania" aktywności, czyli do spadku reaktywności całego układu. Od czasu opracowania tych zagadnień przez kanadyjskiego uczonego, H. Selyego, orientujemy się w ogromnym znaczeniu czynności całego układu w szeregu zespołów chorobowych.

Dotychczasowe dane wskazują na liczne odchylenia od stanu prawidłowego działania układu przysadkowo-nadnerczowego w rozmaitych zespołach zaburzeń psychicznych. W wielu przypadkach można myśleć bądź to o chorobotwórczym wpływie na tkankę mózgową nadmiernie wydzielanych hormonów nadnercza, bądź o zmianach mózgowych pochodzących z niedostatku tych hormonów; w innych przypadkach sądzimy, że — odwrotnie — zmienione z innych przyczyn czynności mózgu poprzez przysadkę zaburzają czynności nadnercza. We wszystkich przypadkach pierwszej i drugiej grupy możemy mówić o nieprawidłowości w „kole", o którym była mowa. Jednakże poza skrajnymi przypadkami (wyraźna nadczynność lub niedoczynność nadnercza powodująca stany psychotyczne oraz analogiczne stany w nie-

których przypadkach leczenia dużymi dawkami hormonów nadnerczowych) — nie możemy w sposób zbyt stanowczy wyprowadzać zaburzeń psychicznych z zaburzeń układu przysadkowo-nadnerczowego. Zresztą nawet i w tych przypadkach muszą odgrywać rolę także inne czynniki, skoro np. w przebiegu wspomnianej terapii wysokimi dawkami kortyzonu choruje psychicznie niezbyt wysoki odsetek pacjentów.

Szereg podanych powiązań występuje również w związku z działaniem innych gruczołów wydzielania wewnętrznego. Jednoznaczne zespoły są nieliczne, natomiast szereg nawet drobniejszych odchyleń od prawidłowej czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego ma pewne znaczenie w wielu zaburzeniach psychicznych i w różnych ich zespołach stanowi jedno z ogniw istotnych dla przebiegu i mechanizmu powstawania wszelkich objawów chorobowych.

5

Podejście fizjologiczne

Zwolennicy kierunku fizjologicznego, zajmujący się zaburzeniami psychicznymi, opierają się na następującym rozumowaniu. Istotna dla prawidłowych czynności psychicznych jest prawidłowa czynność ośrodkowego układu nerwowego; u podłoża zaburzeń psychicznych leży zaburzenie ośrodkowego układu nerwowego; badanie zaburzonych czynności ośrodkowego układu nerwowego może naświetlać pochodzenie (patogenezę, czyli mechanizm powstawania, a nie — etiologię, czyli istotne przyczyny) zaburzeń psychicznych i ich poszczególnych objawów; prowadząc doświadczenia na zwierzętach można sztucznie wywoływać stany zaburzeń czynności nerwowych, stanowiące modele zespołów zaburzeń psychicznych; ułatwia to zarówno zrozumienie patogenezy zaburzeń psychicznych, jak i dokonywanie próby eksperymentalnej terapii.

Ten ogólny zarys możliwości fizjologii i patofizjologii (nauki o zaburzonych czynnościach — w tym przypadku zaburzonych czynnościach układu nerwowego) zilustrujemy niektórymi osiągnięciami fizjologicznej szkoły Pawłowa. Badania w tym zakresie zaczęły się od szeregu badań czysto fizjologicznych, a więc dotyczących prawidłowych czynności ośrodkowego układu nerwowego. Podstawowym osiągnięciem było odkrycie przez Pawłowa mechanizmów, nazwanych przez niego odruchami warunkowymi. Przed Pawłowem znano odruchy „zwykłe"

(bezwarunkowe). Są to reakcje organizmu na bodziec, przebiegające z udziałem ośrodkowego układu nerwowego (mózg, rdzeń), zasadniczo stałe i identyczne wobec identycznych bodźców: lekkie uderzenie w okolicę rzepki kolanowej zawsze powoduje ruch podudzia ku przodowi, oświetlenie źrenicy powoduje jej zwężenie, dotknięcie spojówki oka — zamykanie powiek, wprowadzanie pokarmu do jamy ustnej — wydzielanie śliny itp. Inny charakter mają odruchy warunkowe. Jeżeli obok bodźca typowego (bezwarunkowego) działa inny bodziec obojętny, czyli niezwiązany z danym odruchem, to po pewnej ilości powtórzeń takiej kombinacji już sam dodatkowy bodziec obojętny (warunkowy) zaczyna wywoływać właściwą reakcję. Nazwa bodziec „warunkowy" podkreśla fakt, że stał się bodźcem dla danej reakcji odruchowej dopiero w określonych warunkach. Nauka o odruchach warunkowych wyjaśnia cały szereg zagadnień z zakresu zapamiętywania, kojarzenia, uczenia się. Ponieważ zdolność wytwarzania nowych połączeń warunkowych zmniejsza się w określonych okolicznościach, np. po organicznym uszkodzeniu komórek ośrodkowego układu nerwowego, możemy na tej podstawie rozumieć szereg zjawisk patologicznych, związanych np. z zaburzeniami zapamiętywania w organicznych zespołach mózgowych.

Z doświadczeń Pawłowa i jego szkoły wynika dalej, jak kształtują się i jakim ulegają zmianom odruchy warunkowe, w jakich okolicznościach zanikają, zmieniają się itp.

Podobnie jak w poprzednich rozdziałach nie opisywaliśmy wszelkich odmian chorób psychicznych, nie mamy też w tej chwili zamiaru systematycznie streszczać nauki Pawłowa o wyższych czynnościach nerwowych. Sięgnijmy jedynie do kilku konkretnych sytuacji fizjologicznych, co ułatwi nam dalsze rozważania.

A więc, sprawa pierwsza: wytwarzanie różnicowania. W doświadczeniu pies (Pawłow używał psów w większości doświadczeń) reaguje odruchem uwarunkowanym na szereg bodźców, zbliżonych do właściwego bodźca warunkowego. Jeżeli np. wytworzono odruch warunkowy na dźwięk kamertonu, to pies reaguje wydzielaniem śliny na szereg innych dźwięków. Dopiero wielokrotne wzmac-

nianie jednego określonego tonu (np. podawania pokarmu tylko po tym tonie) i działanie innymi tonami bez wzmocnienia, powoduje „odróżnianie" pozostałych tonów: nie wywołują już one reakcji warunkowej. Podobne doświadczenia można sprawdzić używając także np. bodźców wzrokowych. I tu zanotowano pewien interesujący fakt: różnicowano koło i elipsę. Póki te figury różniły się dostatecznie (tzn. elipsa była dostatecznie wydłużona) — wszystko było w porządku. Kiedy natomiast psu zaczęto demonstrować elipsę bardzo zbliżoną do koła — cała sprawa „rozregulowała się". W sytuacji tego rodzaju pies albo przestaje reagować na całą grupę odruchów warunkowych, albo traci także inne odruchy warunkowe, wytworzone poprzednio, albo reaguje „warunkowo" na wszelkie bodźce wzrokowe, albo w ogóle na wszelkie bodźce zewnętrzne. Jednocześnie wykazuje niepokój, często nie chce jeść, a nawet zachowuje się „dziwnie" także poza laboratorium. Inaczej mówiąc, pies jest chory. Tego rodzaju zaburzenie czynności nerwowych możemy uważać za swego rodzaju model niektórych zaburzeń psychicznych, dlatego też w laboratoriach Pawłowa przyjęto dla opisanej sytuacji nazwę „nerwica doświadczalna". Modele tego rodzaju (liczne, bo różnych „nerwic doświadczalnych" wywoływanych w innych warunkach był cały szereg) mają służyć do zrozumienia patogenezy (mechanizmów powstawania) określonych zaburzeń psychicznych, a w pewnym zakresie służą też do sprawdzania metod leczniczych (np. niektórych środków farmakologicznych) stosowanych w niektórych zespołach zaburzeń. Jest to zresztą szersze zagadnienie. Kontrolując wiele nowoczesnych środków, z jakich korzysta psychiatria, używa się z reguły metody polegającej np. na badaniu wpływu danego leku na wytworzone uprzednio odruchy warunkowe.

Zajmiemy się natomiast jeszcze „modelem", jakim jest nerwica doświadczalna. Niewątpliwie może on nam wyjaśnić niejedno z patologii ludzkiej. Sytuacja opisana wyżej, w której pokazywano psu nieznacznie różniące się od siebie figury, wykazuje szereg podobieństw z wieloma trudnymi sytuacjami z życia ludzkiego, często dziś nazywanymi „sytuacjami stressowymi". Trudność jest tu

natury nieco złożonej: u człowieka — może wbrew pozorom — najważniejszą sprawą nie jest sama kwestia nieznacznej różnicy między bodźcami. Istotna jest tu raczej kwestia „przeciwnego ładunku" tych różnych bodźców, diametralnie różnych skutków, jakie mają wywoływać. Wyobraźmy sobie na przykład pracę maszynisty kolejowego lub kierowcy innego pojazdu, którym kazano, by hamowali na światło czerwono-ceglaste, a nie hamowali na światło, powiedzmy czerwono-pomidorowe. Wobec tak małej różnicy bodźców niewielu kierowców czułoby się pewnie przed sygnałem, wielu stawałoby pod każdym światłem, inni próbowaliby nie hamować itd., a można przewidzieć także i bardziej burzliwe reakcje wobec konfliktu między „możnością dalszej jazdy" a „możliwością katastrofy". W życiu można spotkać wiele sytuacji, w których zapobieżenie niebezpieczeństwu zależy od zdolności przeprowadzenia subtelnej analizy.

Czy jednak takie są przyczyny nerwic ludzkich? Można sądzić, że jest to jeden z elementów w mechanizmie ich powstawania, względnie tylko w niektórych typach nerwic. W doświadczeniach Pawłowa wypłynęła w związku z możliwością wywołania nerwic doświadczalnych kwestia typu układu nerwowego. Zanim do tego przejdziemy, trzeba podkreślić, że bez względu na to, jak dalece nerwica doświadczalna jest modelem nerwicy „naturalnej", istotne jest z punktu widzenia jednej i drugiej podkreślenie sprawy zaburzenia czynności nerwowych, to znaczy zaburzenia praw rządzących powstawaniem i wygasaniem odruchów warunkowych, ich siłą, trwałością itd. Jest to właśnie zasadnicza sprawa dla psychiatrii nastawionej na fizjologiczny sposób wyjaśniania zjawisk. Akcent kładzie się tu na zmiany anatomiczne, nie na ewentualne przyczyny psychologiczne, ale na prawidłowości lub nieprawidłowości działania ośrodkowego układu nerwowego.

Ten właśnie punkt widzenia wiąże się z kwestią typu układu nerwowego, albo — typu wyższych czynności nerwowych. Otóż Pawłow i jego uczniowie stwierdzili, że psy różnie zachowują się w trakcie doświadczeń: u jednych łatwiej wytworzyć odruchy warunkowe, u innych trudniej; u jednych odruchy warunkowe są bardziej

trwałe, u innych mniej; u jednych raz wytworzone odruchy. łatwiej „przerobić" na inne, u innych trudniej. Całość tego rodzaju cech determinuje typ wyższych czynności nerwowych. Pawłow wyróżniał kilka tego rodzaju typów, nawiązując zresztą do wspomnianych w rozdz. 1 temperamentów Hipokratesa, przy czym zwracał uwagę, że w niektórych typach czynności nerwowych łatwo wywołać nerwicę doświadczalną, w innych natomiast jest to prawie niemożliwe. Jeżeli spróbujemy znów przenieść zagadnienie na grunt „naturalnych" nerwic ludzkich, nasuwają się analogie różnych „ludzkich" typów temperamentu lub osobowości. Jeżeli do tego dodamy, że typy pawłowowskie są zasadniczo stałe, a zmieniają się jedynie pod wpływem czynników chorobowych — odnajdziemy znów pewne analogie: przebyte choroby mogą w pewnych warunkach „obniżać odporność" człowieka wobec nerwic. Mówi się też o możliwości dziedziczenia typu wyższych czynności nerwowych, co może tłumaczyć rodzinną większą lub mniejszą skłonność do nerwic.

Zajmijmy się znów bodźcami, które mogą się stać warunkowymi. Będą nimi w zasadzie wszelkie proste i złożone zmiany otoczenia w szerokim sensie, a więc np. poszczególne bodźce optyczne, akustyczne, chemiczne, mechaniczne, elektryczne, cieplne, co ciekawsze jednak, mogą nimi być także bodźce kompleksowe, jak np. całe laboratorium z jego wyposażeniem, oświetleniem (czy brakiem oświetlenia), temperaturą, zapachami itd. Bodźcem warunkowym szczególnego rodzaju może być też czas i „kolejność". Tak np. pies karmiony codziennie o godz. 12, zaczyna się „przyzwyczajać do pory" i po pewnym czasie codziennie przed 12, można u niego zaobserwować wzmożone wydzielanie śliny. Druga sprawa — „kolejności" — jest może bardziej złożona. Jeżeli stosowano kilka bodźców stale w określonym porządku, np. ton wysoki — prąd elektryczny — światło — ton niski i wzmacniano (łączono z bodźcem bezwarunkowym, np. podawano pokarm) po bodźcu pierwszym i trzecim, wytwarza się po pewnym czasie „stereotyp dynamiczny" w postaci reagowania na sam porządek bodźców: jeżeli teraz przestawimy np. bodziec trzeci i czwarty, na trze-

cim miejscu wystąpi reakcja dodatnia, na czwartym ujemna, chociaż na tych miejscach znalazły się inne bodźce. Dość oczywiste jest analogiczne znaczenie pewnych „przyzwyczajeń" w życiu człowieka. Ułatwiają one życie codzienne, pozwalają na pewne „zmechanizowanie" czy raczej zautomatyzowanie wielu zajęć. Z psychiatrycznego punktu widzenia ważne są jeszcze inne łączące się z tym sprawy. Otóż zarówno w doświadczeniach na zwierzętach, jak i w życiu człowieka występują niekiedy kolosalne trudności wobec prób zmiany, „przeróbki" stereotypu. U wielu zwierząt doświadczalnych jest to sytuacja wywołująca nerwicę doświadczalną o podobnym obrazie, jak opisana wyżej przy różnicowaniu koła i elipsy. Wiadomo, że i u człowieka zmiana „stereotypu", zwłaszcza w zakresie spraw blisko związanych z jego dążeniami, uczuciami, potrzebami życiowymi bywa sprawą nieobojętną.

Warto też wspomnieć, iż wiele zjawisk z zakresu postaci czy treści objawów nerwicowych ma związek z powstawaniem złożonych odruchów warunkowych. Prawdopodobnie ma to miejsce w powstawaniu fobii w stosunku do określonych miejsc i sytuacji czy też w niektórych reakcjach histerycznych. Z drugiej strony warunkowanie i „odwarunkowywanie" jest istotnym składnikiem niektórych metod psychoterapii, o czym będzie jeszcze mowa w odpowiednim rozdziale.

Inną ważną sprawą, wiążącą się z zagadnieniem odruchów warunkowych jest odkrycie przez Pawłowa i jego uczniów szeregu czynnościowych połączeń między korą mózgową a narządami wewnętrznymi. Początkowo były to tylko opisy tzw. „psychicznego" wydzielania soku żołądkowego, następnie nagromadzono ogromny materiał faktyczny, obejmujący cały szereg doświadczeń, w których stan kory wpływał na stan narządów wewnętrznych i odwrotnie. Z czasem stwierdzono między innymi, że można uzyskać odruchy warunkowe, w których bodźcem może być dowolna zmiana w otoczeniu zewnętrznym, a reakcją — funkcja jednego z narządów wewnętrznych. Odruchy tego rodzaju podlegają oczywiście tym samym prawom, co np. odruch ślinowy lub ruchowy, a w odpowiednich

warunkach można także uzyskać nerwicę doświadczalną, obejmującą m. in. zaburzenie konkretnych czynności jednego z narządów wewnętrznych. Fakty te miały ogromne znaczenie dla zrozumienia wielu cielesnych objawów w przebiegu nerwic i pozwoliły na wyjaśnienie szeregu zagadnień z dziedziny tzw. zaburzeń korowotrzewnych lub psychosomatycznych, o których była mowa w rozdz. 3.

Przenoszenie na człowieka wniosków z doświadczeń na zwierzętach napotyka na poważne trudności, wypływające z właściwych obu badanym obiektom cech, z których najpoważniejszą jest ludzka zdolność mowy.

Według Pawłowa również i ta dziedzina czynności mózgowych podlega jednak ogólnym prawom rządzącym odruchami warunkowymi. Można więc w badaniu człowieka wytwarzać np. odruchy, w których bodźcem warunkowym jest słowo. Wytworzony w ten sposób odruch można włączyć w szereg innych, wygaszać, przekształcać, zmieniać ich szyk („stereotyp dynamiczny") itp. Tłumaczy to bardzo wiele z dziedziny rozwoju mowy, kształtowania się pojęć słownych, mechanizmów powstawania różnych zaburzeń mowy (np. afazja, mutyzm), ale także i zaburzeń myślenia.

Słowo jako sygnał — bodziec warunkowy — wchodzi w skład całego złożonego układu wzajemnych powiązań warunkowych, zwanego przez Pawłowa drugim układem sygnałów. Pierwszy układ stanowi cała sfera bezsłownych odruchów warunkowych, czyli zespół reakcji na wszelkie możliwe bodźce warunkowe proste i złożone, z wyjątkiem jedynie bodźców słownych. To rozróżnianie dwóch układów sygnałów spowodowało uzupełnienie wspomnianej poprzednio typologii wyższych czynności nerwowych przez ustalenie typów „specyficznie ludzkich". Zależnie od przewagi (względnej, bo według Pawłowa przeważa u człowieka zawsze drugi układ) pierwszego lub drugiego układu mówiło się w szkole Pawłowa o typie artystycznym i typie myśliciela. Pierwszym z nich charakteryzuje się skłonnością do przeżywania obrazowego, wzruszeniowego, myślenia raczej konkretami. Drugi zdradza większą tendencję do operowania myślą nieobrazową, słownie formułowaną i skłonnością do myślenia abstrakcyjnego.

Mówiąc inaczej — w pierwszym przeważa obraz i uczucie, w drugim — myślenie. Według Pawłowa przynależność do jednego z tych typów determinuje m. in. postać nerwicy: typ artystyczny jest skłonny raczej do objawów histerycznych, typ myśliciela — do takich objawów nerwicowych jak natręctwa.

Przejdziemy z kolei do zupełnie innych zagadnień. Podejmiemy je w tym rozdziale dlatego, że dotyczą czynności ośrodkowego układu nerwowego, w związku z czym będzie tu również mowa o teoriach w pewnym sensie fizjologicznych. Teorie te nie wywodzą się jednak z fizjologii, a w każdym razie nie powstały z eksperymentu fizjologicznego. Opracowali je klinicyści. Od twórcy tego rodzaju podejścia, Anglika H. Jacksona, nazywamy te wszystkie kierunki jacksonizmem lub raczej neojacksonizmem. Podstawowe tezy Jacksona brzmiały: funkcją układu nerwowego jest gromadzenie energii i wydatkowanie jej. Czynności ośrodkowego układu nerwowego układają się na trzech poziomach. Najniższemu odpowiada rdzeń kręgowy i rdzeń przedłużony, zawiadujące prostymi czynnościami odruchowymi, do takich czynności wegetatywnych włącznie, jak np. oddychanie. Następny poziom to jądra podkorowe i kora mózgowa bez odcinka przedniego, czołowego. Odpowiada im cały szereg czynności nadrzędnych w stosunku do bodźców czuciowych (zmysłowych) i reakcji ruchowych. Najwyższy poziom aktywności mózgowej — kora czołowa — zajmuje się nie prostym rozumowaniem, lecz scalaniem, łączeniem, uzgadnianiem, integracją czynności niższego poziomu. Rozwój czynności nerwowych u osobnika przechodzi te piętra, a ewolucja polega na przechodzeniu od najbardziej zorganizowanego, najniższego (odruchy) do wyższego, mniej zorganizowanego i bardziej zmiennego, od najprostszego do bardziej zróżnicowanego, od najbardziej automatycznego do najbardziej dowolnego.

U nas do teorii Jacksona nawiązywał J. Mazurkiewicz, twórca polskiej szkoły psychiatrycznej w okresie międzywojennym. Interpretował on nieco inaczej poziomy ewolucyjne, nawiązując do rozwoju psychicznego szerzej niż neurolog — Jackson. Rozróżniał on cztery ewolucyjne po-

ziomy rozwoju psychicznego. Na pierwszym, najniższym znajduje się aktywność instynktowo-popędowa, na drugim — aktywność wypływająca z odruchów warunkowych (w sensie pawłowowskim). Pierwszy poziom odpowiada strukturom mózgowym podkorowym, drugi — tylnym odcinkom korowym. Trzeci etap stanowi psychiczna aktywność prelogiczna, odpowiadająca środkowym odcinkom kory, a czwarty i ostatni — psychiczna aktywność sprzężono-logiczna mająca siedzibę w korze odcinków przednich, a więc w korze czołowej. Ta ostatnia odmiana aktywności psychicznej rozwija się stopniowo między siódmym a dwudziestym rokiem życia, stanowi najwyższą syntezę przeżyć uczuciowych i intelektualnych, rządzoną prawidłami logicznymi, konfrontowanymi z rzeczywistością. Mechanizmy prelogiczne, przeważające w życiu dziecka w okresie przedszkolnym, zawierają wiele elementów nierzeczywistych, baśniowych; dziecko nie ma jeszcze umiejętności wydzielania własnej osoby z otoczenia, niezmiernie słabo odróżnia własne wyobrażenia, życzenia i objawy od faktów rzeczywistych.

Podstawowym mechanizmem w powstawaniu wielu zaburzeń psychicznych jest według Mazurkiewicza (jak i innych neojacksonistów) odwrócenie procesu ewolucji, a więc dyssolucja. W tym procesie, odwrotnym do prawidłowego rozwoju, słabną funkcje najwyższego „piętra" rozwojowego, aktywność psychiczna upodabnia się do tej, która przeważała we wcześniejszych okresach rozwojowych. Rozwój psychozy jest wypadkową kilku czynników, a mianowicie: prędkości i głębokości dyssolucji oraz czynników dodatkowych, jak np. stanu cielesnego.

Jeżeli dyssolucja jest bardzo głęboka, pozostałe czynniki mają bardzo małe znaczenie.

Oto kilka przykładów zastosowania ogólnej teorii do konkretnych zespołów chorobowych. Dyssolucja typu „wszystko albo nic" odpowiada niektórym zespołom całkowitego uwolnienia czynności psychicznych na krótszy lub dłuższy okres czasu. Obejmuje ona stany śpiączkowe, czyli stany (po urazach, zatruciach zewnętrznych — np. tlenkiem węgla, środkami nasennymi itd., zatruciach wewnętrznych — np. śpiączka cukrzycowa), w których

ginie kontakt z otoczeniem, znikają reakcje na świat zewnętrzny, giną wszelkie odruchy warunkowe, a w głębokich stanach śpiączkowych znikają nawet takie reakcje bezwarunkowe, jak np. reakcja na ból.

W opisanym przykładzie bodźce nie są rejestrowane, a więc po ustąpieniu stanu śpiączkowego stwierdzamy całkowitą niepamięć tego okresu.

Następnym przykładem mogą być zespoły zaburzeń przytomności, np. zespoły majaczeniowe. Tu ulega dyssolucji w znacznym stopniu piętro najwyższe, sprzężono-logiczne. Jednocześnie daje znać o sobie piętro niższe, prelogiczne. W rezultacie mamy do czynienia z niejasnym, zwykle spowolnionym myśleniem, niezdolnością do precyzyjnego rozumowania, a z drugiej strony — pojawiają się jakieś nowe jakości psychiczne, kórych nie widujemy u człowieka zdrowego, np. omamy wzrokowe. Te ostatnie należą zgodnie z teorią dyssolucji do objawów pozytywnych (oczywiście w tym sensie, że dyssolucja tu coś „dodała", a nie w tym sensie, aby miały jakąkolwiek „wartość dodatnią").

Zgodnie z ogólną zasadą, w dyssolucji „ujawniają się" czynniki związane z piętrem uwolnionym od kontroli piętra nadrzędnego. Według Mazurkiewicza myślenie prelogiczne odbywa się w dużej mierze w obrazach wzrokowych. Rozwój sternictwa czołowo-logicznego z natury rzeczy osłabia, tłumi dynamizmy prelogiczne w ogóle, a w szczególności żywość wyobrażenia (zmysłowego). Odpowiadająca poziomowi prelogicznemu żywość wyobrażenia zmysłowego (ejdetyzm) pojawia się u człowieka dorosłego jedynie w przypadkach patologicznych w postaci omamów.

Proces halucynowania jest zawsze podrzędnym procesem wyzwolonym. Wychodząc z tego założenia należałoby sądzić, że każdy proces halucynowania jest zawsze zjawiskiem prelogicznym, tak samo jak każde urojenie. Nie może być procesem czołowo-logicznym, skoro jest „pozytywnym objawem wyzwolonym z niższego poziomu", ponieważ „nad" mechanizmami czołowo-logicznymi nie ma już „wyższego piętra".

W ujęciu Mazurkiewicza majaczenie jest obrazem

współzawodnictwa walki dwóch wielkich układów: czołowego i pozaczołowego. W przypadkach poprawy przewagę osiąga pierwszy, w przypadkach i momentach pogorszenia — drugi.

Tę dyssolucję nazywa Mazurkiewicz, w odróżnieniu od dyssolucji prelogicznej, powolnej, schizofrenicznej, „prędką", ponieważ odpowiadające jej zespoły zaburzeń przytomności należą do zjawisk chorobowych ostrych, trwają zwykle kilka dni, czasem tygodnie, a proces schizofreniczny z reguły liczy się na miesiące, lata.

Na pierwszy rzut oka spotykamy w dyssolucji schizofrenicznej podobne zjawiska, jak w dyssolucji prędkiej. Mamy więc tu objawy ubytkowe w sferze sprzężono-logicznej pod postacią spadku zainteresowań, aktywności, uczuciowości, mamy też objawy „pozytywne" ujawnione. Spotykamy się więc znowu z omamami, tym razem jednak z innymi: w dyssolucji prędkiej przeważały wzrokowe, tu do typowych należą słuchowe i słowne. Mazurkiewicz uważa je zresztą także za przejaw aktywności prelogicznej, twierdząc, że myślenie prelogiczne może się odbywać zarówno w konkretnych symbolach wzrokowych, jak i w symbolach słownych. Szereg innych objawów schizofrenicznych określa Mazurkiewicz jako „pozytywne" przejawy aktywności prelogicznej, lub głębszych poziomów „uwolnionych" (np. zahamowanie katatoniczne).

Do dyssolucji sprowadza się również według Mazurkiewicza mechanizm powstawania nerwic. Każdy uraz psychiczny budzi stan wzruszeniowy, który burzy na jakimś poziomie dotychczasowy układ w sprzężonym układzie tendencji i nastawień poznawczo-afektywnych. W nerwicach powstaje „nieład" na pograniczu między myśleniem logicznym a prelogicznym, a więc jest to dyssolucja najsłabszego stopnia, jeszcze „wewnątrzpiętrowa".

W nawiązaniu do teorii ewolucji i dyssolucji widzi Mazurkiewicz także inne mechanizmy chorobowe, już nie dyssolucyjne. Niedorozwój umysłowy (głuptactwo w szerokim sensie) jest niedorozwojem czynności psychicznych zależnych od słabości instynktu poznawczego, co z kolei zależy od organicznych nieprawidłowości mózgowych.

Analogicznie — niedorozwojem, a nie samą tylko „dysharmonią" jest według Mazurkiewicza także psychopatia. Niedorozwój dotyczy tu dynamizmów wyższych, sprzężono-logicznych, rozwijających się między siódmym a dwudziestym rokiem życia. W niedorozwoju tych struktur może mieć znaczenie także niedostateczny rozwój struktur podstawowych, do których należy ważny w tych przypadkach instynkt stadny.

Odrębne mechanizmy działają w zespołach zaburzeń psychicznych w postępujących sprawach organicznych. Charakterystyczne dla tych przypadków otępienie tłumaczy się regresją, polegającą na stopniowym spadku sprawności. Mechanizm ten nie jest podobny do dyssolucyjnego.

6

Psychoanaliza i kierunki pokrewne

Odkrycia S. Freuda lekarza wiedeńskiego, należą już dzisiaj do historii, wywierają jednak ogromny wpływ na dość szerokie koła psychiatrów, zwłaszcza w Ameryce. Jest to kierunek (w tej chwili już raczej szereg kierunków) typowo psychologiczny, choć wyraźnie sprzeczny ze szkołami psychologicznymi z czasów Freuda, jak i ze współczesnymi szkołami psychologicznymi. Stworzona przez Freuda psychoanaliza wyprowadza zaburzenia psychiczne konkretnie z przeżyć psychicznych, z „urazów, konfliktów, kompleksów"(do szczegółów przejdziemy później) i jednocześnie „degraduje" psychikę, o co wielu psychologów i niepsychologów miało do Freuda pretensje. Degraduje właściwie nie tyle psychikę, co świadomość, a może raczej myślenie i świadomość działania. Za znacznie bardziej istotną uznał Freud podświadomość (właściwie „nieświadomość": *Unbewusstsein*, *Unbewusste*, jednak po polsku używa się o wiele częściej słowa: podświadomości, tym bardziej, że nieświadomość ma potocznie inne znaczenie). Podświadomość ma według Freuda decydujące znaczenie nie tylko w patologii, ale w całym życiu człowieka, jego postępowaniu i zachowaniu się. To postawienie podświadomości nad świadomością uważają zwolennicy Freuda za posunięcie genialne, porównując je z kopernikańskim „zmuszeniem Ziemi do krążenia dokoła Słońca".

Według Freuda podświadomość daje znać o sobie różnymi drogami. Najważniejsze są marzenia senne, w których znika kontrola świadomości; treść marzeń sennych może więc być czerpana bezpośrednio z podświadomości.

Podświadomość obejmuje zjawiska psychiczne, nie docierające do świadomości, a mające istotny wpływ na zachowanie się i postępowanie człowieka. Podświadomość ma na przykład według Freuda wpływ na pozytywny lub negatywny stosunek do poszczególnych osób z otoczenia, może powodować pomyłki, przejęzyczenia, zapominanie o wielu zaplanowanych czynnościach itd. Jeśli więc witając się z kimś mówimy „do widzenia" zamiast „dzień dobry", znaczy to, że w naszej podświadomości tkwi niechęć do spotkania się z tą osobą w danej chwili, że mamy inne plany i zdecydowaliśmy się je odłożyć, aby rozmawiać ze spotkaną osobą. „W podświadomości" pozostało jednak inne nastawienie. Bywa i tak, że nasza podświadomość ma jakieś szersze, głębsze „zastrzeżenia" wobec spotkanej osoby. Oto przykład innego typu: krytykując pewnego pracownika, dyrektor mówi: „dzięki naszym wysiłkom, pan X na wysokości zadania nie stanął"; miało być „mimo naszych wysiłków", ale podświadomość podsunęła „dzięki".

Zapominamy bardzo często o przeżyciach przykrych, zapominamy też o osobach, miejscach związanych z tymi przeżyciami, zapominamy wykonać coś, co ewentualnie byłoby dla nas przykre, niewygodne itd. W obu przypadkach możemy dopatrywać się „winy" w podświadomości, która „każe nam" zapomnieć o sprawach nieprzyjemnych.

Tych kilka przykładów pozwala określić podświadomość jako szereg nastawień czy tendencji uczuciowych wpływających na przeżycia i postępowanie człowieka, chociaż treść tych tendencji nie pojawia się w świadomości. Część marzeń sennych jest „nieważna", jako że odzwierciedla jedynie „resztki dnia", to znaczy powtarza przeżycia w formie mniej lub bardziej zmienionej. Ważniejsze mają być inne marzenia senne, słabo powiązane z wypadkami ostatnich dni, odzwierciedlające istotne dla pod-

świadomości życzenia, dążenia, obawy. Treści te są zwykle rozmaicie „zaszyfrowane". Jeżeli na **przykład**, w marzeniu sennym występują osoby nieznane lub nawet znajome, ale „mało ważne" dla śpiącego — mogą one reprezentować osoby bliskie, członków rodziny, osoby związane uczuciowo ze śpiącym. Mogą one nawet reprezentować osobę samego śpiącego. Także i wydarzenia, zachodzące we śnie, choćby banalne, nie mające znaczenia na pierwszy rzut oka, niezrozumiałe, mogą symbolizować istotne życiowe dążenia, nastawienia itp. Wiele z nich, pozornie „nieważnych" ma reprezentować aktywność seksualną, to znaczy albo sam stosunek płciowy, albo obawy co do potencji, co do ewentualnej ciąży itp. Inne znowu symbolizują śmierć (np. jeśli śni się osoba odjeżdżająca lub żegnająca się, oznacza to życzenie śmierci tej osobie, względnie osobie „zaszyfrowanej" pod daną postacią). Bogato reprezentowane w symbolice marzeń sennych mają być także narządy seksualne męskie (kije, ołówki, miecze, węże i szereg innych przedmiotów podłużnych) i żeńskie (pudła, szafy i inne przedmioty puste w środku), inne obrazy symbolizują krwawienie miesięczne, wody płodowe, poród itd.

Do wyświetlania istotnego znaczenia marzeń sennych, istotnych treści podświadomych przez nie reprezentowanych, służy według Freuda analiza snów, oparta na wyjaśnianiu symboliki. Dalszym etapem „docierania do podświadomości" jest zwykle zasadnicza metoda terapii psychoanalitycznej, a mianowicie metoda wolnych kojarzeń, w której pacjent mówi swobodnie na dowolny temat (może się ten temat zaczynać właśnie od marzeń sennych) i wtedy „wypływają" dalsze treści podświadome.

Inną drogą, która prowadzi do wykrywania treści podświadomych, są popełniane omyłki. Jeżeli, na przykład, ktoś zostawia jakieś przedmioty, wychodząc z pokoju, ma to znaczyć albo, że z jakichś względów chciałby się tych przedmiotów pozbyć, albo — że chciałby w tym pokoju zostać. Jeżeli zamiast „imputować" powie na przykład „amputować" — cierpi na kompleks kastracyjny (będzie jeszcze mowa o tym kompleksie) itd.

Podświadomość przejawia się także w chorobowych

objawach nerwicowych. Jest to może najbardziej zasadniczy punkt psychoanalitycznej teorii i przedmiot największego jej zainteresowania, punkt wyjścia zarówno dla rozumienia genezy objawów nerwicowych, jak i dla praktyki terapeutycznej. Zajmiemy się tym nieco dalej, na razie pozwolimy sobie tylko na krótką ilustrację tego zagadnienia. Można więc podać np., że taki objaw nerwicowy, jak fobia ma symbolizować obawę przed jakąś sytuacją — zasadniczo zresztą inną aniżeli ta, która występuje w treści fobii. Fobia brudu lub bakterii może więc symbolizować obawę przed „brudem" życia seksualnego, fobia przedmiotów ostrych może odpowiadać kompleksowi kastracyjnemu lub też obawie przed narządami płciowymi. Podobnie jak w marzeniach sennych, treści podświadomości nie występują w fobiach w formie bezpośredniej a jedynie symbolicznie, są zaszyfrowane.

Niektóre objawy histeryczne i hipochondryczne, uniemożliwiające pełnię działania, stanowią „ucieczkę w chorobę", ucieczkę przed życiem — wobec podświadomych treści winy, poczucia niewydolności itp. Interpretacje tego rodzaju bywają zresztą u psychoanalityków bardzo różnorodne i postronnym wydają się niekiedy zupełnie dowolne.

Jak więc przedstawia się geneza zaburzeń nerwicowych? Według Freuda u ludzi dorosłych powstaje stosunkowo mało nerwic i korzeni ich należy szukać przeważnie w znacznie wcześniejszych okresach rozwojowych. Konflikty życia dorosłych mają w tego rodzaju przypadkach jedynie wtórne, dodatkowe znaczenie. Zasadniczym punktem wyjścia dla objawów nerwicowych jest walka, starcie czy konflikt między dążeniami instynktowymi a hamującymi te dążenia zespołami emocjonalnymi (poczucie winy, wstyd, strach itp.); hamując dążenie instynktowe powodują zepchnięcie go do podświadomości. Niekiedy zaś w podświadomości powstają wrogie nastawienia wobec osób, które przeszkadzają w realizacji dążeń instynktowych, innym znów razem pozostaje w podświadomości obawa kary (np. kompleks kastracyjny). Skoro więc nerwica sięga swymi korzeniami do wczesnego dzieciństwa, widocznie już wtedy istnieją jakieś dążenia

instynktowe seksualne. „Odkrycie" seksualizmu dziecięcego jest jedną z zasadniczych hipotez psychoanalitycznych; budzi ona zresztą bardzo wiele wątpliwości u przedstawicieli innych kierunków. Według Freuda dążenia seksualne i zdolność do odczuć cielesnych „seksualnych" cechują już najmłodsze dzieci. Początkowo przyjemność tego rodzaju wiąże się z ustami, jamą ustną, a więc przyjemność daje ssanie, później gryzienie. Ta „faza oralna" ma trwać od narodzenia do półtora roku. Następna jest faza analna, która charakteryzuje się odczuwaniem przyjemności w związku z czynnościami wydalniczymi i trwa do lat trzech. Na lata od trzeciego do siódmego roku życia przypada faza falliczna, a więc związana już z narządami płciowymi zewnętrznymi. Po siódmym roku życia następuje okres „utajenia", rozciągający się aż do wieku dojrzewania, w którym rozpoczyna się wstępny okres przygotowawczy do seksualizmu dojrzałego.

W okresie fallicznym mają występować u chłopców fantazje seksualne, związane z matką, a jednocześnie rozwija się „konkurencyjna" nienawiść do ojca, rodzi się kompleks Edypa. Analogicznie u dziewczynek może powstać kompleks, któremu nadaje się czasem nazwę kompleksu Elektry; pojawia się również obawa kary, przybierająca często postać kompleksu kastracyjnego. Kompleksy tego rodzaju mają według Freuda wielorakie skutki. Zasadniczo każdy z nich może albo prowadzić do rozwoju nerwicy, tzn. powodować wystąpienie objawów nerwicowych, albo też hamuje rozwój osobowości, ewentualnie powoduje jedno i drugie. We wszystkich tych przypadkach może wystąpić zatrzymanie rozwoju w jednej z faz wymienionych poprzednio, albo też regresja, czyli cofnięcie się do jednej z faz poprzednich, co odbija się nie tylko na sferze seksualnej, ale i na innych cechach osobowości.

Niezależnie od wspomnianych faz rozwojowych wyróżnia Freud w strukturze osobowości trzy formacje: najniższą z nich jest „ono" (często używa się łacińskiego wyrazu *id*), reprezentująca poziom instynktowo-popędowy, nastawiona na stałe, bezpośrednie rozładowanie. Nadrzędne w stosunku do „*id*" jest „ja" (*ego*). Jest to formacja zasadniczo świadoma, racjonalna, nastawiona

na unikanie przykrości (wstydu, winy, lęku). Istnieje wreszcie trzecia formacja, „nad—ja” (*superego*), reprezentująca kontrolę moralną, idee, pierwiastki irracjonalne. Prawidłowy rozwój i prawidłowy stan psychiczny wymagają pewnej równowagi między tymi trzema strukturami. Zachwianie tej równowagi, zwłaszcza zaś niedostateczna siła *ego* powoduje przewagę zarówno ze strony *id*, jak i *superego*, co daje w efekcie objawy nerwicowe lub zaburzenia osobowości, nazywane przez freudystów charakterem nerwicowym lub nerwicą charakteru.

Warto podkreślić, że tym ostatnim zagadnieniem (zaburzeniami charakteru) zajęli się psychoanalitycy stosunkowo niedawno, podczas gdy początkowo zwracali uwagę wyłącznie na objawy nerwicowe (a więc objawy histeryczne, fobie, natręctwa itd.).

Mówi się zwykle o trzech postaciach nerwicowego zaburzenia charakteru, odpowiadających regresji lub zatrzymaniu na poziomie jednej z trzech faz: oralnej, analnej, fallicznej. Niekiedy wyróżnia się dodatkowo inny typ charakteru, a mianowicie „charakter niezrównoważony”. Charakter analny ma być zbliżony do sposobów reagowania osobnika cierpiącego na nerwicę natręctw; odznacza się więc skłonnością do „przeżuwania”, „zatrzymywania” treści psychicznych, do nadmiaru wątpliwości, przy czym właściwe objawy nerwicowe (natręctwa) nie muszą występować. Charakter falliczny odpowiada w przybliżeniu opisom charakteru histerycznego (nadmierna negatywność, przesadne wyrażanie uczuć, teatralność). Niektórzy psychoanalitycy uznają poza „charakterem nerwicowym” także psychopatię (w znaczeniu opisanym w rozdz. 2), zaś bardziej „artodoksyjni” sprowadzają wszelkie nieprawidłowości do wspomnianych typów i z reguły dopatrują się ich genezy w przeżyciach dziecięcych.

Warto wspomnieć również o jeszcze jednej hipotezie Freuda, która mówi o tym, że ustrój ludzki rozporządza ograniczoną ilością energii psychicznej. Zgodnie z tą „zasadą ekonomiczną” istniejące w podświadomości napięcia, konflikty, kompleksy, mogą tę energię „zużywać”, co powoduje spadek aktywności, poczucie zmęczenia itp.

Przykłady, które miały pozwolić czytelnikowi na ogólne zaznajomienie się z kierunkiem psychoanalizy, pozostawiamy (podobnie jak informacje o różnych innych kierunkach psychiatrycznych) bez uwag krytycznych. Zwracamy przy tym uwagę na stan faktyczny. Z jednej strony, psychoanaliza (klasyczna freudowska lub występująca we współczesnych odmianach, o których będzie jeszcze mowa) ciągle jeszcze jest bardzo modna w niektórych krajach; jest też dość popularna wśród psychiatrów, ma bardzo duży wpływ na myślenie psychiatryczne poza samą szkołą (psychoanalitycy stanowią grupę zamkniętą, do której dostęp prowadzi wyłącznie przez szkolenie połączone z poddaniem psychoanalizie samego kandydata) a także na szereg nauk niemedycznych (psychologia, pedagogika, socjologia). Z drugiej jednak strony, w kołach samych psychoanalityków można się spotkać ze zdaniem, że ich teoria jest nienaukowa, czysto empiryczna; że panuje w niej ogromna dowolność, że „wykrywanie" kompleksów istniejących od dzieciństwa bywa nierzadko złudzeniem, że wyniki leczenia psychoanalitycznego (pomijając kwestie techniczne — wymiar czasu, uniemożliwiają szersze stosowanie tego typu psychoterapii) bywają często bardzo problematyczne. Niektórzy twierdzą wręcz, że są w ogóle z zasady niesprawdzalne, a jeszcze inni wskazują na ich szkodliwość, albowiem „zdanie się" na podświadomość i terapeutę demobilizuje chorego. Wszystkie te zastrzeżenia pochodzą, jak powiedzieliśmy, z kół samych psychoanalityków. Oczywiście można cytować inne uwagi krytyczne, daleko poważniejsze, pochodzące od przeciwników psychoanalizy. Nie robimy tego w tej części książki celowo, a w ostatnim rozdziale pozwolimy sobie jedynie na pewne uwagi, dotyczące wzajemnego stosunku między psychoanalizą a innymi kierunkami w psychiatrii.

Z kolei przejdziemy do „odstępców", którzy porzucili Freuda już w pierwszym okresie jego działalności, oraz do niektórych nowszych prądów w psychoanalizie.

Do uczniów Freuda należał w swoim czasie C. G. Jung, następnie odłączył się od klasycznej szkoły psychoanalitycznej i założył swoją własną („analityczną psychologię"),

która ma jeszcze do dziś — zresztą bardzo niewielu — zwolenników. Do interesujących punktów teorii Junga należy może w piewszym rzędzie hipoteza o podświadomości kolektywnej, zbiorowej. Według Junga w podświadomości istnieją pewne treści, które nie pochodzą z przeżyć osobnika, z tłumionych i spychanych wspomnień, lecz sięgają swym początkiem znacznie głębiej; dają się one prześledzić zarówno u współczesnych ludów różnych kontynentów, jak i bez porównania wcześniej, w okresie dawnych epok. Podobnie jak podświadomość indywidualna, tak samo i kolektywna może o sobie dawać znać poprzez marzenia senne, ale ma i inne drogi ujawniania się: baśnie, legendy, zabobony, obrzędy itd. Treść zewnętrzna zmienia się odpowiednio do epoki i środowiska. Jeżeli więc u wielu ludów ważna jest do dziś postać czarownika, w Europie może jego miejsce zajmować np. lekarz.

Z kolektywnej podświadomości mogą się wywodzić różne złe i dobre duchy, totemy, amulety itd. Wszystkie te obrazy i postaci („*imago*" Junga) mogą u człowieka współczesnego posiadać różne odpowiedniki, związane z jego własnym życiem, ale nawiązujące do podświadomości kolektywnej.

Dość szeroki oddźwięk uzyskała jungowska typologia, zwłaszcza proponowany przez Junga podział na dwa typy zasadnicze, introwertywny i ekstrawertywny. Pierwszy oznacza tendencję „zwrócenia ku wewnątrz", a więc nastawienie na wewnętrzne „przetrawianie", przemyśliwanie, zastanawianie się, na własne decyzje, własną niezależną linię życiową, stosunkowo małe korzystanie z kontaktów z otoczeniem. Drugi typ, ekstrawertywny, jest „nastawiony na zewnątrz", łatwo ulega bodźcom, dobrze kontaktuje, dobrze przystosowuje się, jest sugestywny, bezpośredni w reakcjach. Często próbuje się porównywać te typy ze schizofrenikiem i cyklotymikiem Kretschmera, albo nawet z typami „myśliciela" i „artysty" Pawłowa, jednak podobieństwa są tu raczej powierzchowne i przypadkowe.

Nieco bardziej podobne do wspomnianych typów Pawłowa byłyby już raczej niektóre typy wymieniane przez

Junga w dalszej, mniej znanej części jego podziału. Jest tu mianowicie mowa o typie intelektualnym, uczuciowym, zmysłowym i intuitywnym. Dwa pierwsze mają odpowiadać wyższemu, dwa dalsze niższemu poziomowi rozwoju, a każdy z nich ma wskazywać na pewną przewagę, czyli większy wpływ w życiu, jednej ze struktur czy funkcji psychicznych.

Dość szeroko znany jest też test Junga, polegający na stosowaniu słów-bodźców z zaleceniem odpowiadania pierwszym słowem, jakie przyjdzie na myśl. Jung stosował ten test w celach analitycznych, zwracał uwagę zarówno na treść reakcji, jak i na bodźce, powodujące zahamowanie lub opóźnienie reakcji. Test ten bywa też czasem stosowany po prostu jako miernik szybkości reakcji słownych. W tym już czysto fizjologicznym, a nie głębinowo psychologicznym celu stosowali go nawet niektórzy uczniowie Pawłowa.

Jung stworzył jeszcze wiele innych, trudnych hipotez spekulatywnych. Na tym miejscu podaliśmy jedynie kilka fragmentów jego teorii. Przez pewien czas miał wpływ na niektórych „psychologów głębi" i psychiatrów niemieckich (zwłaszcza w czasach hitlerowskich, między innymi ze względu na „obcość rasową" Freuda), a po wojnie otoczył się niewielką grupą psychologizujących mistyków.

Innym „heretykiem" w rodzinie psychoanalityków okazał się A. Adler, twórca kierunku „psychologii indywidualnej", który bardzo wcześnie porzucił Freuda i zrezygnował z większości jego hipotez; między innymi przestał się interesować sprawami „podświadomości", chociaż zgadzał się, że człowiek nie musi „wiedzieć" lub świadomie przeżywać tego, co mu istotnie szkodzi. Zrezygnował też całkowicie z freudowskich analiz seksualizmu dziecięcego. Najbardziej interesująca jest może jego teoria „mniejszej wartościowości" narządów, z której wynika następnie formowanie się niektórych objawów nerwicowych. Zwracał też uwagę na niewątpliwie ważne zagadnienie „poczucia mniejszej wartości". Zaznacza się ono już u małego dziecka, przytłoczonego siłą wszystkich osób, stanowiących jego otoczenie. Zasadniczo próby przezwyciężania tego poczucia powinny być konstruktywne,

powinny prowadzić do współdziałania z otoczeniem, do prób dostosowywania się. Nie zawsze jednak tak się dzieje, często podejmowane próby są aspołeczne. Dziecko próbuje agresji wobec otoczenia, tworzy sobie linię wyraźnie niezgodną z celami otoczenia. Całość sposobów postępowania, jakie wytworzy sobie dziecko (i to już przed ukończonym piątym rokiem życia!), ma według Adlera stanowić o „stylu życia" człowieka dorosłego. Przykładem takich „stylów" może być z jednej strony przezwyciężanie własnych braków przy pomocy uporczywej pracy nad sobą, z drugiej — używanie tych braków jako wymówki, „tarczy" wobec wszelkich trudności życiowych, wobec wszelkich sytuacji wymagających pewnego wysiłku. Często, zamiast prób przezwyciężania trudności, pojawiają się tu marzenia na jawie, dotyczące nierealnej „mocy", osiągnięć, panowania nad innymi itp. Takie stawianie celów nierealnych, nieżyciowych ponad osiągnięciami miernymi, ale całkowicie realnymi, ma stanowić zasadniczą cechę osobnika nerwicowego.

Znane są rozważania Adlera dotyczące liczby rodzeństwa i pozycji dziecka w rodzinie w zależności od jego wieku. Jednym z czynników, istotnych dla całego późniejszego rozwoju osobnika jest sprawa właściwego dawkowania uczuć i opieki ze strony rodziców. Na ogół jedynacy mają jednego i drugiego za dużo, co nie przyzwyczaja ich do wysiłku, do prób polegania na własnych siłach i co nadmiernie uzależnia ich od otoczenia. Jednocześnie — wobec braku rodzeństwa — jedynacy nie przyzwyczajają się do potrzeby dostosowywania się do innych, dzielenia się z nimi, uwzględniania cudzych potrzeb i praw.

Podobna sytuacja dotyczy często najmłodszego „beniaminka". Znane są również sytuacje, gdy dziecko starsze przeżywa szereg problemów w momencie przyjścia na świat drugiego dziecka oraz w dalszych okresach, gdy często dziecko młodsze darzone jest większym uczuciem, ma większe prawa itd. Adler bardzo rozbudowuje tego rodzaju typ zależności, wyliczając cały szereg możliwości ujemnych działań związanych z pozycją dziecka w rodzinie.

Teoria Adlera reprezentowała aspekt praktyczny i miała dość duży wpływ na wielu pedagogów. Zalecane przez Adlera „dodawanie odwagi", próby „wyprostowania linii życiowej" itp. poprzez uświadomienie pacjentowi istniejącej sytuacji, znalazły uznanie u wielu psychoterapeutów, zwolenników rozmaitych technik leczniczych. „Czystych" adlerystów jest w tej chwili wśród psychiatrów raczej bardzo mało.

Inne tendencje zarysowują się w rozwoju psychoanalizy w czasach nowych i najnowszych. Szczególnie ciekawe jest podejście uwzględniające szerzej stosunek jednostki do otoczenia, do grupy społecznej. Na te właśnie momenty zwrócił większą uwagę między innymi amerykański psychoanalityk, E. Fromm. W rozwoju dziecka interesuje go nie tyle freudowska teoria faz seksualnych, co kwestia zależności i uniezależniania się. Niemowlę w pierwszych miesiącach życia jest całkowicie zależne od otoczenia. Następnie stopniowo uczy się na nie wpływać i uniezależniać się od niego. Ten proces trwa latami, aż do zakończenia rozwoju. Warunkuje go równoległy rozwój dwu czynników: rozwoju tendencji do samodzielności i rozwoju jego własnej siły i możliwości. Jeżeli jeden z tych czynników zawodzi, następuje próba „powrotu do dawnych związków", a więc rodzaj regresji, mający usunąć poczucie izolacji i bezradności.

Ostatecznie związek ze światem realizuje się według Fromma w dwóch zakresach: stosunku do ludzi oraz zdolności do używania i produkcji przedmiotów. „Nieproduktywność" może przybierać dwie formy: odsunięcia się, odejścia od otoczenia lub symbiozy, która z kolei przybiera formę absolutnego podporządkowania lub prób bezwzględnego dominowania. „Odsunięcie się", odejście od otoczenia przybiera kształt przesadnej obojętności w stosunku do ludzi lub czynnej agresywności.

Łączenie wyżej wspomnianych elementów prowadzi do różnych wypadkowych „orientacji". Tak więc w grę mogą wchodzić różne postawy. Postawa bierna, „receptywna" charakteryzuje się uzależnieniem się od innych, potrzebą ich uczuć, niezdolnością do rozwinięcia uczuć własnych, oczekiwaniem na „magicznego opiekuna". Po-

stawa „wyzyskiwacza" polega również na „otrzymywaniu" wszystkiego z zewnątrz, jednak drogą wyłudzania, zabierania, wyzyskiwania otoczenia. Postawa „skąpca" przejawia się w nadmiernej zapobiegliwości, przezorności, dążności do posiadania (a więc „posiadania" także ludzkich uczuć). W postawie „handlowej" występują tendencje do sprzedawania samego siebie niezależnie od swych istotnych wartości. Człowiek pragnie za wszelką cenę „podobać się", wyciągać dla siebie korzyści w pracy, w różnych sytuacjach społecznych, towarzyskich itp. Postawa „produktywna" zawiera tego rodzaju elementy, jak znajomość własnych możliwości i umiejętne używanie swych sił w żywym, uczuciowym związku ze światem i zachowaniu własnej indywidualności i niezależności.

W wymienionych wyżej postawach można znaleźć cechy podobne do tych, jakie podają zwolennicy klasyfikacji charakterów z punktu widzenia ich związku z poszczególnymi fazami rozwojowymi. Tak więc, postawa bierna „receptywna" lub postawa „wyzyskiwacza" może przypominać charakter oralny, a postawa „skąpca" charakter analny.

Cele terapii wyglądają u Fromma nieco inaczej niż u Freuda: poza „przystosowaniem" większy akcent dotyczy realizacji potrzeb, realizacji celów osobowości.

Inny amerykański psychoanalityk, H. S. Sullivan, również akcentuje ważność stosunków międzyludzkich (tzw. podejście interpersonalne). Każda jednostka ma szereg potrzeb; za najbardziej podstawowe uważa Sullivan zaspokajanie elementarnych dążeń biologicznych łącznie ze snem i wypoczynkiem, chęcią posiadania dachu nad głową i potrzebą przyjemności. Zaspokajanie tych wszystkich potrzeb odbywa się już od najwcześniejszych okresów rozwojowych z udziałem osób trzecich i na tej właśnie kanwie kształtują się interpersonalne stosunki. Jeżeli dochodzi do ich zaspokajania bez występowania lęku, wytwarza się system wzajemnych stosunków połączonych z poczuciem bezpieczeństwa i przeciwnie, jeśli lęk występuje przy zaspokajaniu podstawowych potrzeb, mamy już (według Sullivana) do czynienia z patologią. Sprawa komplikuje się także, jeżeli potrzeby dziecka stwarzają

stan napięcia i lęku u opiekującej się nim osoby, a więc u matki. Gdy matka np. należy do osobników pozbawionych pewności siebie, albo też kwestia macierzyństwa jest dla niej problemem szczególnym, ponieważ ma jakieś nierozwiązane kompleksy związane z własnym poczuciem „kobiecości" — zetknięcie się z dzieckiem, opieka nad nim powoduje występowanie lęku. Lęk ten przenosi się na dziecko drogą prymitywnego odczuwania (tzw. empatia). Wtedy wytwarza się w dziecku poczucie niepewności, braku bezpieczeństwa.

Dalej rozpoczyna się skomplikowany proces interpersonalnego budowania pewnych struktur w psychice dziecka. Według Sullivana wszystko w postępowaniu dziecka, co spotyka się z aprobatą ze strony rodziców, tworzy strukturę, która nazywa się „dobre-ja", a wszystko, co powoduje występowanie u rodziców lęku — określa się jako „złe-ja". Jeżeli jakieś reakcje spotykają się ze szczególnie nasilonym „protestem" ze strony rodziców, połączonym z bardzo wyraźnym lękiem, wchodzi to wszystko w strukturę wypieraną i wyłączaną z rozwijającej się osobowości — struktury „nie-ja". Ta ostatnia daje później znać o sobie w okresach wyjątkowych napięć (dojrzewania, przekwitania, początków choroby psychicznej).

W późniejszych okresach życia zetknięcie się z ludźmi poza rodziną (przede wszystkim z rówieśnikami) pozwala, według podobnych schematów, na wprowadzenie poprawek, na rewizję dotychczasowych sposobów postępowania i zachowania się. Możliwość tego rodzaju odgrywa poważną rolę w przebiegu prawidłowego rozwoju. Niekiedy nie jest ona odpowiednio spożytkowana, a mianowicie wówczas, gdy dom nie akceptuje posunięć szkoły lub jeżeli rodzice nie pozwalają dziecku na szersze kontaktowanie się z rówieśnikami. W następnych etapach rozwojowych dochodzą według Sullivana do głosu: potrzeba „intymności", potrzeba związków uczuciowych z jedną osobą, zaznaczająca się już przed okresem dojrzewania, i potrzeba zaspokajania instynktów (także seksualnych), która nasila się w okresie dojrzewania. Z czasem dochodzi do połączenia pierwszej potrzeby z drugą.

U człowieka dorosłego potrzeby te istnieją nadal, a więc

potrzeba bezpieczeństwa, potrzeba intymności, potrzeby instynktowe. Podobnie jak u małych dzieci, poważniejsze niepowodzenia w realizacji tych potrzeb mogą powodować występowanie lęku. W związku z poprzednimi fazami rozwojowymi, osobowość dorosła dysponuje całym szeregiem mechanizmów, służących do zmniejszania lęku. Należą do nich: wspomniane już, w związku z wczesnymi okresami rozwojowymi, tendencje do wyłączania, niezwracania uwagi, wypierania (tworzenie struktury „nie-ja"), wytwarzanie się różnych nasilonych stanów uczuciowych (gniew, nienawiść, strach, poczucie winy, zazdrość itd.), powstawanie natręctw, nastawień hipochondrycznych, nastawień paranoidalnych (w postaci podejrzliwości, wycofywania się z kontaktów z ludźmi itp.). Wszystkie te mechanizmy mają według Sullivana działać w rozmaitych okazjach u człowieka psychicznie zdrowego. Choroba zaczyna się dopiero wtedy, gdy jeden z tych mechanizmów zaczyna wyraźnie przeważać, bo ginie zdolność do operowania pozostałymi mechanizmami. Oprócz tych wymienionych wyżej przykładowo poglądów Sullivana i Fromma istnieją jeszcze inne kierunki, które rozwinęły się również z psychoanalizy. Ze względu na brak miejsca zmuszeni jednak jesteśmy je pominąć. Sprawa terapii jest w obrębie każdego z tych kierunków skomplikowana, a jej metody stosowane przez następców Freuda odbiegają wyraźnie od wzorów klasycznych.

Na zakończenie tego rozdziału pozwolimy sobie jeszcze na jedną uwagę: prawie wszystko, o czym była mowa dotyczyło nerwic bezpośrednio, albo pośrednio — to znaczy dotyczyło pewnych prawidłowości, od których odchylenia mogą (według Freuda lub jednego z następców) prowadzić do nerwicy. Z teorii psychoanalizy nie wynika jednak jasno, kiedy mianowicie tego rodzaju odchylenia prowadzą do nerwicy, a kiedy nie. Jest to zresztą jeden z zarzutów, wysuwanych przeciw psychoanalizie Praktycznie bowiem rzecz biorąc, te same mechanizmy znajdujemy z jednej strony u źródeł objawów nerwicowych, z drugiej zaś u podłoża szeregu cech, postaw, zachowań się, postępków — najzupełniej prawidłowych, nie mających nic wspólnego z jakąkolwiek patologią.

Pozostaje sprawa innych zaburzeń psychicznych, szczególnie psychoz, czyli chorób psychicznych we właściwym znaczeniu. Na ten temat nie powiedzieliśmy prawie nic w tym rozdziale, choć wielu psychoanalityków zabierało głos w tej sprawie, uważając je zresztą tylko za pewną postać nerwic (nerwice narcystyczne, nerwice „bez przeniesienia"). Szukając przyczyn ich powstawania i rozwoju wymieniają oni te same zasadniczo mechanizmy, jakie odgrywają rolę w nerwicach, pomijając jedynie sprawy chorobowe spowodowane poważnymi zmianami organicznymi. Mówi się więc o znaczeniu kompleksu Edypa, o regresji do niektórych faz rozwojowych itd. Zresztą zainteresowanie psychozami jest wśród psychoanalityków stosunkowo małe, ponieważ chorzy psychicznie zasadniczo nie nadają się do terapii psychoanalitycznej; wielu psychoanalityków (z Freudem na czele) mówi nawet o szkodliwości psychoanalizy np. w schizofrenii lub psychozie maniakalno-depresyjnej. W ostatnich latach powstało kilka metod terapii psychoanalitycznej psychoz, jednak są to wyjątki przez samych psychoanalityków niezbyt chętnie akceptowane. Mimo to próby tego rodzaju są podejmowane, zwłaszcza wśród niezbyt „ortodoksyjnych" zwolenników szkoły.

7

Psychiatria egzystencjalistyczna

Pod wpływem niektórych filozofów, zwłaszcza — H. Heideggera, z pewnym udziałem K. Jaspersa (najpierw psychiatra, później filozof), pośrednio pod wpływem filozoficznej szkoły fenomenologicznej (E. Husserl) — rozwinął się w psychiatrii kierunek egzystencjalistyczny. Ma on stosunkowo niewielu reprezentantów, zgrupowanych głównie w Szwajcarii i Niemieckiej Republice Federalnej. W ostatnich latach zaczyna wywierać pewien wpływ na bardzo nielicznych psychiatrów amerykańskich, w innych zaś krajach nie ma właściwie zwolenników i jest traktowany raczej jako interesujące, oryginalne zjawisko, niż jako jakiś zwarty kierunek w psychiatrii. Ponieważ nie zajmujemy się tak w tym, jak i w innych rozdziałach, jakimś systematycznym wykładem — pozwolimy sobie na krótką ilustrację tego kierunku, bowiem sprawa jest w każdym razie interesująca, a jednocześnie wydaje się, że egzystencjalizm w psychiatrii będzie miał w najbliższej przyszłości pewien wpływ na niektórych zwolenników różnych kierunków psychologicznych.

Prekursorami egzystencjalizmu są w psychiatrii fenomenolodzy. Należą do nich: działający w Paryżu E. Minkowski (pochodzący z Polski) i L. Binswanger w pierwszym okresie swojej działalności. Najistotniejsze dla ich metody jest fenomenologiczne „wczuwanie się, wmyślanie się" w treść przeżycia patologicznego, komunikowanego

przez pacjenta. Sięgnijmy do przykładów. Psychiatrę interesują np. takie zjawiska, jak zaburzenia orientacji w czasie, występujące w zespołach zaburzeń przytomności. Pacjent może nie wiedzieć, jaki jest dzień miesiąca i miesiąc, dzień tygodnia, pora dnia. Nie zawsze wskazuje to na brak zdolności odbierania lub rejestrowania bodźców zewnętrznych, albo brak zdolności systematyzowania tych bodźców. Pacjent z zaburzeniami pamięci, który nie ma istotnie zdolności rejestrowania zdarzeń albo przypominania ich sobie, nie może np. przypomnieć sobie, „jaka jest data" itd. Autystyczny schizofrenik też często tego nie wie, ponieważ — ujmując rzecz krótko i może niezupełnie ściśle — nie obchodzi go to. Psychiatra zadowala się zwykle stwierdzeniem istnienia zaburzenia orientacji w czasie i odpowiednio do innych objawów — ustaleniem zespołu, w którym ten objaw występuje. Następnie — zgodnie z szeregiem danych z wywiadu, badań dodatkowych itd. ustala rozpoznanie w jednostkach chorobowych, leczenie, rokowanie (przewidywanie dalszego przebiegu choroby). Fenomenolog — jeżeli ma decydować o leczeniu — nie może pominąć wymienionych poprzednio zagadnień praktycznych, ale dodatkowo interesuje go jeszcze, jak wygląda „przeżywanie czasu" u jego pacjenta, jaki jest wewnętrzny stosunek pacjenta do przeżywanego czasu i co to dla niego znaczy. W otrzymaniu odpowiedzi ma pomóc „wmyśliwanie się" czy też „wczuwanie się".

Stąd już krok tylko do egzystencjalizmu w psychiatrii. Krok ten uczynił w swoim czasie wspomniany już Binswanger, a z innych egzystencjalistów można też wymienić J. Zutta, R. Kuhna i jeszcze kilkunastu.

Dla tego podejścia istotną jest sprawa, jak pacjent „egzystuje". „Egzystencja" ma jednak oznaczać coś innego, niż zwykłe istnienie: „bycie w świecie, w stosunku do świata, dla świata" itp. Wprowadzenie tych rozważań na teren psychiatrii stwarza szczególną sytuację. Binswanger np. głosi pogląd, że dawno minęły już czasy, gdy zasadniczy zarys psychiatrii wyczerpywał się w zdaniu Griesingera: choroby psychiczne są chorobami mózgu, a Wernicke mógł podjąć gigantyczną próbę sprowadzenia całej psychiatrii do patologii układu nerwowego. Bins-

wanger przeciwstawia się jednak nie tylko temu „anatomiczno-fizjologicznemu" podejściu, lecz podkreśla również, że skończyły się te czasy, w których Freud mógł podjąć nie mniej gigantyczną próbę sprowadzenia całej psychiatrii do psycho- i biopatologii. Nie wynika z tego, aby analiza egzystencjalna miała według jej zwolenników zastąpić całą psychiatrię; postuluje jedynie pewne „dodatki" — uzupełnienia. Mają one polegać na próbie zrozumienia przeżyć patologicznych w aspekcie ich miejsca w „formach życia", czyli ustosunkowanie się chorego do świata, jego wewnętrznej postawy wobec otaczającej rzeczywistości, stosunku do czasu, przestrzeni itp. Analiza egzystencjalna próbuje „zrozumieć zjawiska niezrozumiałe". Jeżeli np. dla nastawionych na odwoływanie się do nauk biologicznych psychiatrów objawy psychopatologiczne (np. omamy albo urojenia) mają wartość jedynie w rozpoznaniu zespołu i jednostki chorobowej, dla zwolenników analizy egzystencjalnej jest istotne wyprowadzenie tych objawów z całości przeżyć, z „formy życia" pacjenta. O ile psychiatra reprezentujący ten pierwszy kierunek uważa np. omamy za skutek określonych uszkodzeń tkanki mózgowej lub określonego zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego bez określonego uszkodzenia anatomicznego, jeśli zwolennik Freuda wyprowadza ten sam objaw z określonych kompleksów psychicznych — to egzystencjalista sądzi, że omam czy urojenie jest pewną formą życia, formą przystosowania się lub obrony ze strony osobowości chorego, reprezentującej w stanie chorobowym określoną „formę życia". W tym ostatnim stanowisku daje się zauważyć tendencja do traktowania osobowości jako całości, bez względu na bardziej szczegółowe, „odcinkowe" mechanizmy, które mogą być rozpatrywane z punktu widzenia anatomii, filozofii lub psychologii. Łączy się to ze specyficzną dla analizy egzystencjalnej tendencją do rozumienia przeżyć chorobowych, o czym już była mowa. Egzystencjalista podchodzi więc do chorego inaczej, aniżeli czyni to zwykle otoczenie. Dla rodziny pacjenta często sygnałem choroby jest niemożność zrozumienia treści wypowiadanych przez chorego, niemożność zrozumienia źródeł i celów tych

wypowiedzi. Potocznie nazywa się to często mówieniem „od rzeczy", a więc bez sensu, z nieznanych przyczyn. Egzystencjalista poszukuje w tych samych wypowiedziach głębszego znaczenia, szuka przyczyn, jakie jego zdaniem mogły doprowadzić do takich właśnie wypowiedzi, do takich ustosunkowań się do rzeczywistości itp.

Należałoby tu raz jeszcze zwrócić uwagę — aby uniknąć nieporozumień — że inne kierunki psychiatrii również nastawione są na szukanie przyczyn powstawania poszczególnych objawów chorobowych, jednakże sprowadzają swoje zainteresowania do analizowania np. zmian anatomicznych, czy zmian w czynnościach ośrodkowego układu nerwowego, ewentualnie badają takie czy inne mechanizmy psychologiczne. Psychiatria egzystencjalistyczna sięga do samych treści patologicznych i zastanawia się nad ich bezpośrednim znaczeniem dla osobowości, jej stosunku do świata, jej „formy życia". Widać to dobrze na przykładzie przytoczonym przez Binswangera, w którym nawiązanie kontaktu z chorym maniakalnym wydawałoby się łatwe, jednak psychiatrze udało się od razu zauważyć, że badany jakoś inaczej odnosi się do świata zewnętrznego; inaczej, niż u człowieka zdrowego przedstawia się jego „bycie w świecie" (*In der Welt Sein*). Na ten stosunek do świata składa się prawie wyłącznie życie chwilą obecną, w nieznacznym stopniu — życie przeszłością, a prawie wcale — przyszłością. Nie ma tu więc dystansu wobec czasu; nie ma też i dystansu wobec ludzi, wobec zjawisk, a także własnych celów i osiągnięć. Jak się obrazowo wyraża Binswanger, chory maniakalny do niczego nie dąży, nie ma poczucia wysiłku i potrzeby zdobywania; wszystko, z czym się styka we własnych przeżyciach, uważa za już osiągnięte, zdobyte, posiadane. Wszystko jest łatwe, znikają przeszkody. Ten szczególny stosunek do życia i do zjawisk świata otaczającego, nazywa Binswanger maniakalną albo optymistyczno-zabawową formą życia; chory maniakalny przeżywa święto, bal czy festyn, a do badającego odnosi się jak do intruza, psującego zabawę. Przytoczony przykład jest według Binswangera prosty, co wynika z tego, że w manii spotykamy jedną formę życia. Zupełnie inaczej

jest np. w schizofrenii, gdzie form życia jest więcej i gdzie zmieniają się one z wolna lub nagle. Dla ilustracji faktu, że zagadnienie jest bardziej złożone, wskazuje się np. na kwestię stosunku schizofrenika do przestrzeni. Schizofrenik jest zwykle zorientowany w miejscu (w odróżnieniu do niektórych chorych z zaburzeniami przytomności). Według Minkowskiego zawodzi jednak w schizofrenii poczucie znajdowania się w danym miejscu i odczucie „ja — tu jestem" traci swoją naturalną tonację. Zaburzenia obu składników stosunku do przestrzeni, a więc zarówno orientacji w zwykłym sensie jak i „odczucia" przestrzeni występuje np. w zatruciu meskaliną.

Na pierwszy rzut oka podobnie przedstawia się sprawa stosunku do czasu: w schizofrenii nie ma zasadniczo zaburzenia orientacji w czasie, jest natomiast często zmienione odczuwanie i przeżywanie stosunków czasowych. „Zwężenie, kurczenie się" struktury czasu może pochodzić stąd, że w psychice wielu schizofreników niemal nic się nie dzieje. Podobnie może się „kurczyć" przestrzeń, np. pod wpływem straszliwych wstrząsających przeżyć.

Podporządkowanie całej rzeczywistości jednemu lub fałszywemu obrazowi świata uważa Binswanger za źródło urojeń. U podłoża wielu zaburzeń psychicznych (także schizofrenii) widzi autor zanik uczuć pozytywnych (w stosunku do świata zewnętrznego i samego siebie), wtedy pojawia się zagrożenie egzystencji, odczuwane przez chorego jako lęk. Lęk tego rodzaju nie występuje u ludzi zdrowych, ponieważ w stanie prawidłowym istnieje równocześnie szereg form życia, a nie zdarza się zagrożenie ich wszystkich jednocześnie. U schizofrenika „zagrożenie" uruchamia z kolei mechanizmy obronne, do których należy stworzenie nieprawdziwego obrazu świata, a więc rozwój urojeń. Obraz świata i stosunek do świata jest treścią wielu różnego rodzaju określeń egzystencjalistycznych. Tak więc, według nich formę egzystencji może stanowić dominowanie poczucia niejednorodności, dysharmoniczności świata; stosunek do cza-

su może się przejawiać jako poczucie stałego pośpiechu „zdarzenia następują zdarzeniom na pięty", jednocześnie świat może się wydawać kanciasty, ubogi, sztuczny, pozbawiony barw. Między poszczególnymi jego fragmentami panuje pustka. Mówiąc o schizofrenii, bliski Binswangerowi J. Wyrsch, również szwajcarski psychiatra, ryzykuje takie sformułowanie: schizofrenia jest chorobą osobowości, która „nie jest trójwymiarowa, nie ma góry ani dołu, przodu i tyłu, strony lewej i prawej, i nie daje się dzielić". Podobne sformułowanie znajdujemy u M. Bleulera (syna szerzej znanego w swoim czasie Eugeniusza): „dziś nie sądzimy już, że mamy do czynienia (w schizofrenii) z prostym zestawieniem objawów, nie wyprowadzamy jednych objawów z innych, lecz widzimy w nich wszystkich przejaw tego samego zaburzenia osobowości".

Pozwólmy sobie teraz na kilka słów o stosunku analizy egzystencjalnej do psychoanalizy. L. Binswanger jest niewątpliwie psychoanalitykiem, chociaż jego poglądy często odbiegają od klasycznych, freudowskich. Jednak nie należy analizy egzystencjalnej ani identyfikować z psychoanalizą, ani uważać jej za kolejną odmianę psychologii głębi. Psychoanaliza i kierunek egzystencjalistyczny działają jakby w różnych płaszczyznach. Binswanger posługuje się psychoanalizą dla wyjaśnienia „wewnętrznej historii życia" w schizofrenii, w analizie manii odpada potrzeba tego wyjaśnienia, odpada więc i psychoanaliza. „Wyjaśnienie wewnętrznej historii" nie jest jeszcze analizą egzystencjalną, dostarcza jedynie materiału do tej ostatniej.

W psychoterapii zaleca Binswanger postępowanie odmienne od psychoanalitycznego. Psychoterapia „egzystencjalna" nie „wyjaśnia" historii życia i jej elementów patologicznych według kategorii żadnej szkoły psychoanalitycznej, lecz „rozumie je" jako przemiany ogólnej struktury egzystencji; nie „demonstruje" pacjentowi przyczyn jego kompleksów, lecz pozwala mu „doświadczyć we wstrząsie egzystencjalnym" — kiedy i jak dalece odszedł od struktury „bycia człowiekiem". Analiza egzystencjalna potrafi też po tym wstrząsie — poprowadzić do „wspólnego świata" (według Binswangera).

Marzenia senne mają pewne znaczenie dla analizy egzystencjalnej, jednak nie szuka ona tu określonych symboli, lecz traktuje sny jako szczególną formę egzystencji. Nie odrzuca podświadomości, zajmując się całością (podświadomością i świadomością lub jeszcze szerzej — „psycho i soma"). Nie odrzuca innych metod, opiera się na nich, „podwyższa ich skuteczność".

8

Psychiatria społeczna

W ostatnich dziesiątkach lat rozwija się dość wyraźnie społeczny kierunek psychiatrii. Niezależnie od różnych ujęć poszczególnych twórców i zwolenników tego kierunku, psychiatrię społeczną interesuje zasadniczo wszystko, co łączy sprawy psychicznie chorego lub szerzej — osobnika z zaburzeniami psychicznymi — z zagadnieniami społecznymi. Zasadniczo spotykamy się tu z trzema aspektami: są to 1) warunki społeczne jako ewentualne źródło zaburzeń psychicznych, 2) psychicznie chory w społeczeństwie, jego warunki życia i prawo do opieki, 3) wpływ zaburzeń psychicznych na zjawiska i sytuacje społeczne.

Zajmiemy się teraz zagadnieniem pierwszym, czyli badaniami nad społecznymi źródłami zaburzeń psychicznych. Mimo rozpowszechnionych, „ustalonych" poglądów na te sprawy niewiele jest dotychczas prac poświęconych obiektywnemu badaniu zagadnienia. Stosunkowo najwięcej prac dotyczy schizofrenii, a więc i my zajmiemy się tą psychozą. Zresztą, jest to ilościowo najważniejszy problem, przynajmniej w zakresie psychoz.

Bardzo ciekawe dane dotyczą, na przykład, zapadalności na schizofrenię w Norwegii. Na podstawie pierwszych przyjęć do szpitali psychiatrycznych oceniono (O. Ødegaard) częstość schizofrenii na obszarze całej

Norwegii oraz wśród Norwegów — imigrantów w Stanach Zjednoczonych.

W pracach dotyczących różnych grup imigrantów w Ameryce stwierdzono wyraźną różnicę między liczbą przyjęć imigrantów a liczbą przyjęć osób urodzonych w Ameryce. Wyprowadzono z tego wniosek, że emigracja, zmiana środowiska, potrzeba przystosowania się do nowych czynników otoczenia, trudności językowe, izolacja społeczna czy może jeszcze inne czynniki podobnego rzędu mają wpływ na wybuch psychozy. Hipoteza ta wydaje się tym bardziej prawdopodobna, że istnieje bardzo wiele obserwacji, dotyczących rozpoczynania się psychozy w czasie pobytu w obcym środowisku, zwłaszcza w środowisku wyraźnie różnym kulturalnie od macierzystego. Szereg prac mówi na przykład o częstości zaburzeń psychicznych u studentów afrykańskich i zachodnio-indyjskich (Ameryka Środkowa) w Anglii. Nasze własne obserwacje objemują też pewną liczbę przypadków zachorowań wśród osób, wyjeżdżających np. do Anglii, Francji, Stanów Zjednoczonych lub np. Azji południowo-wschodniej. Są to jednak tylko poszczególne, oderwane spostrzeżenia, dalekie od ścisłości statystycznej. Dane dotyczące „kolorowych" studentów w Anglii też nie mają zbyt wielkiej wartości, ponieważ nie można ich porównać z zachorowalnością w krajach ojczystych — takie dane nie istnieją. Wracajmy jednak do ścisłych danych, dotyczących imigrantów amerykańskich. Autorom prac, którzy zajmowali się tym zagadnieniem, zarzucono, że nie uwzględnili jednego czynnika: nie zwrócili uwagi na zagadnienie, kto mianowicie emigruje. W emigracji ekonomicznej mogą brać udział jednostki psychicznie słabsze, mniej zdolne do walki o byt w ojczyźnie. Mogą to też być jednostki bardziej „przedsiębiorcze", ewentualnie mniej „ustalone", mniej zrównoważone. We wszystkich tych sytuacjach możliwy jest inny rozkład „skłonności" do zachorowania niż w populacji przeciętnej. Dodatkowo o różnicy może też stanowić czynnik wieku: jeżeli wśród emigrantów przeważają osobnicy stosunkowo młodzi (np. 20—30 lat),

to w tej grupie wieku schizofrenia rozwija się stosunkowo często.

Wracając do badań norweskich dodajmy, że potwierdziły one wymienione wątpliwości: w grupie Norwegów — emigrantów najczęstszy wiek zachorowania oraz zachorowalność w ciągu pierwszych pięciu lat były takie same, jak w Norwegii.

Wiele prac dotyczy częstości występowania schizofrenii w zależności od grupy społecznej: dzieląc ludność na poszczególne warstwy, odpowiednio do zawodu i zarobków, stwierdza się nieco więcej schizofreników w grupie najniższej (niewykwalifikowani, najmniej zarabiający). Wydawałoby się więc, że ta grupa jest bardziej „skłonna" do chorowania na schizofrenię. Wymaga to jednak szeregu omówień. Po pierwsze, jest możliwe, że stosunkowo wcześnie rozwijający się proces chorobowy dosyć często uniemożliwia naukę i rozwój zawodowy. Mogą w tym zakresie istnieć pewne trudności nawet jeszcze przed wybuchem choroby psychicznej. Po drugie — możliwe jest, że rozpoczynający się proces obniża „poziom zawodowy" w porównaniu z poziomem rodziców. Ta ewentualność zgadzałaby się z poprzednią. Stwierdzono jednak, że wprawdzie przeciętny poziom zawodowy mężczyzn-schizofreników jest niższy od poziomu ich ojców, lecz jednocześnie można zauważyć ogólną, (w Ameryce) statystycznie znamienną tendencję do obniżania się poziomu zawodowego w drugim pokoleniu (przynajmniej porównując poziom aktualny, a więc np. poziom ojców pięćdziesięcioletnich i synów dwudziestopięcioletnich).

W sumie bardziej możliwa wydaje się hipoteza „hamowania" rozwoju przez schizofrenię, ale sprawa nie jest zupełnie jasna.

Niektóre prace amerykańskie dotyczą kwestii wpływu środowiska miejskiego i „izolacji społecznej" w mieście na występowanie schizofrenii. Zwrócono uwagę na fakt. że w Ameryce w niektórych dużych ośrodkach miejskich w śródmieściu mieszkają ludzie „ekonomicznie słabsi", lepiej sytuowani zajmują przeważnie domki jednorodzinne w dalszych od centrum osiedlach mieszkaniowych.

Jednocześnie zauważono, że według pewnych danych socjologicznych — w śródmieściu istnieje większa „izolacja społeczna", człowiek bardziej „ginie w tłumie", ma mniej okazji do kontaktowania się z sąsiadami, sąsiedzi mniej o nim wiedzą niż w koloniach jednorodzinnych domków.

Z porównania liczby zachorowań (na schizofrenię) wśród mieszkańców śródmieścia i kolonii mieszkalnych wynika, że zachorowalność wśród mieszkańców śródmieścia jest większa. Można więc przypuszczać, że „luźne więzy społeczne" isniejące w śródmieściu bardziej sprzyjają zachorowaniu niż warunki ściślejszego współżycia społecznego. Okazuje się jednak, że i ten wniosek jest przedwczesny, gdyż wielu spośród schizofreników, którzy trafiali do szpitali z dzielnic śródmiejskich, przed przyjęciem zmieniało miejsce zamieszkania. Wielu z nich jeszcze przed chorobą (w każdym razie przed wystąpieniem wyraźniejszych objawów chorobowych) opuszczało dzielnice mieszkalne i przenosiło się do centrum. Autorzy przypuszczają nawet, że ci „wewnętrzni migranci" szukali w okresie przedchorobowym tych „luźniejszych więzów społecznych", być może w związku z cechami własnej osobowości przedchorobowej.

Wracając do prac norweskich, można odnotować podobne fakty w znacznie szerszej skali. W Norwegii stwierdzono mianowicie pewną przewagę przyjęć schizofreników z okręgów miejskich w porównaniu z okręgami wiejskimi. Ponieważ dostępne są materiały z długiego okresu czasu (w Norwegii nie było w zasadzie większych ruchów ludności, zachowały się wszelkie akta szpitalne i — wobec nieznacznych zniszczeń wojennych — prawie wszystkie księgi ewidencji ludności), daje się zauważyć pewna zwyżka przyjęć schizofreników w ogóle, zależna jedynie od ułatwień w umieszczeniu chorych (powstawanie nowych szpitali, ułatwienia komunikacyjne i ekonomiczne). Różnica między miastem i wsią tłumaczy się również tym, że łatwiej jest o umieszczenie chorego z okręgu miejskiego, co powoduje nieco większą liczbę tego rodzaju przyjęć. Wszystkie te okoliczności sprawiają, iż należy sądzić, że zachorowalność jest identyczna

w okręgach miejskich i wiejskich. Jest ona także identyczna w różnego rodzaju okręgach wiejskich, leśnych, górskich, i rolniczych — mimo dużych różnic ekonomicznych i społecznych. Wyraźniejsze różnice (w zestawieniu miasta ze wsią) występują jedynie w stosunku do psychoz starczych, z tym że i tu nie wchodzi w grę ilość przypadków zachorowań, lecz sytuacja, w której znacznie łatwiej na wsi niż w mieście urządzić opiekę poza szpitalem dla starca z zaburzeniami psychicznymi.

Z zestawienia tych wszystkich danych nie wynikałoby, że omawiane dotychczas czynniki społeczne mają istotne znaczenie dla rozwoju chorób psychicznych, a przynajmniej — schizofrenii. Weźmy więc pod uwagę inne czynniki, a mianowicie sytuację w najmniejszej komórce społecznej, jaką jest rodzina.

Zagadnienia środowiska rodzinnego schizofreników omawia się w ostatnich latach dość szeroko (C. Tietze, T. Lidz i szereg innych autorów amerykańskich, angielskich, skandynawskich itd.).

Badania tego rodzaju opierają się zasadniczo na założeniu, że schizofrenia, ujmowana (zwłaszcza przez psychoanalityków) jako skrajna forma „wycofania się z życia", może się rozwijać na tle szczególnej atmosfery wychowawczej i uczuciowej panującej w rodzinie.

Wielu z autorów, interesujących się tym zagadnieniem zajęło się charakterystyką matek schizofreników, ich pozycją w rodzinie i stosunkiem do dzieci. Przeważa zdanie, że większość tych matek albo otacza dzieci do najważniejszych okresów życia nadmierną opieką, albo też — przeciwnie — ma do dzieci stosunek niedobry i chętnie pozbyłaby się ich („odrzuca je" od dzieci, jak mówią psychoanalitycy).

Mówi się też, że te matki „boją się własnej podświadomości" i dlatego nie potrafią zdobyć się na widzenie rzeczy takimi, jakie one są. Wiele z tych matek wykazuje nadmiar obaw, niepokoju — stąd nadmierna skłonność do opieki. Nadmiar opieki przejawia się w rozmaity sposób. Często już w okresie niemowlęcym dziecko staje się obiektem nadmiernych starań ze strony matki, która koniecznie chce z niego zrobić wzór. Próbuje, na przy-

kład, wyrobić nawyki „czystości", gdy to jeszcze zupełnie nie jest możliwe. Następnie chroni dziecko przed „wszelkimi brudami i wszelkimi bakteriami", a później — przed „towarzystwem, które może źle wpływać". Niekiedy matki wykazują cechy zbliżone do natręctw, stąd ich nadmierna staranność, dokładność. Większość matek schizofreników wyraźnie panuje nad całym otoczeniem rodzinnym, a więc zarówno nad dziećmi, jak i nad mężem. To dominowanie jest albo bezpośrednie, jawne, polega na stałym narzucaniu swojego zdania, albo też jest to dominowanie pośrednie, bardziej ukryte i subtelne. Ograniczanie swobody (dorastających) dzieci polegało np. w pewnym opisywanym przypadku na występowaniu u matki złego samopoczucia, często omdleń, ilekroć dorastające córki chciały wyjść na zabawę.

Obserwuje się też wyraźną zazdrość o dzieci, przeciwdziałanie próbom usamodzielniania się, niechęć pogodzenia się z faktem, że dzieci dorastają. Ma to być przejawem identyfikowania się z dziećmi, niezauważania faktu, że nie są już one jednym organizmem z matką. W niektórych przypadkach stwierdza się też elementy zazdrości erotycznej.

Wiele matek schizofreników hołduje tak skomplikowanym, jednocześnie nierozsądnym, nierealnym zasadom w wychowaniu dzieci, że niektórzy stykający się z nimi psychiatrzy widzą u nich cechy paralogiczne, a więc elementy patologicznego myślenia schizofrenicznego.

Ojcowie schizofreników mają raczej mniejsze znaczenie w rodzinie, przeważnie usuwają ich na drugi plan ich żony. Są to zwykle ludzie słabi, niekiedy chorowici i wymagający „matczynej" opieki ze strony żony, czasem znów całkowicie pochłania ich praca zawodowa, aczkolwiek to „pochłonięcie" może być właściwie tylko wybiegiem, szukaniem spokoju poza domem.

Można się też spotkać ze zdaniem, że gdyby ojcowie byli inni, mieli większe znaczenie na terenie domu, to potrafiliby w jakiś sposób równoważyć wpływ matek, o których była mowa poprzednio. Niektórzy jednak sądzą, że nie jest to możliwe, gdyż ojcowie wykazują przeważnie cały szereg cech szczególnych; pewni autorzy uwa-

żają nawet, że jest to regułą u wszystkich ojców schizofreników. Bywają to więc np. ludzie bierni, o bardzo małych wymaganiach, ale jednocześnie zdarzają się ojcowie podejrzliwi, wykazujący brak zaufania względem otoczenia, zazdroszczący wszystkim wszystkiego. Niekiedy wpajanie dzieciom braku zaufania do ludzi, oparte na doszukiwaniu się wszędzie możliwości „agresji", podstępu, dominuje w atmosferze domowej.

Czasami, podobnie jak to się zdarza ze strony matek w stosunku do synów, ojcowie w rodzinach schizofreników wykazują wyraźne zainteresowanie erotyczne własnymi córkami. Łączy się z tym zwykle wyraźna wrogość do żony. Inny układ, to zasadniczo żywy związek uczuciowy z żoną, a jednocześnie wrogość (zazdrość) do syna. Jeszcze inny układ, to potrzeba matczynej opieki ze strony żony i rywalizowanie z dziećmi.

Istniejące prace dotyczą przeważnie niewielkich grup rodzin schizofreników. Jedna z nich zajmująca się czternastoma ojcami schizofreników i schizofreniczek wylicza pięciu osobników dość wyraźnie paranoidalnych (podejrzliwych, niekontaktujących itp.), jednego z nastawieniami wielkościowymi i wyraźnie nierealnymi planami, jednego z wyraźnymi natręctwami, jednego ze stałym obniżeniem nastroju, dwóch alkoholików, jednego erotycznie związanego z córką i dwóch równie nierealistycznie, „paralogicznie" nastawionych, jak ich żony.

Wśród rodzin schizofreników można też niekiedy znaleźć rodziny zamknięte w sobie, minimalnie kontaktujące z otoczeniem, przypisujące sobie jakąś szczególną wyższość w stosunku do sąsiadów. Rządzą się one wewnątrz zupełnie nierealnymi, nieżyciowymi zasadami, planują wielkie kariery dla swoich członków, uważają swoje dzieci za genialne itp. Niektórzy autorzy mówią w takich przypadkach o „*folie à famille*" czyli „obłędzie rodzinnym" czy też „obłędzie całą rodziną" — analogicznie do starego określenia "*folie á deux*", gdy dwie osoby bliskie wykazują identyczne co do treści urojenia i indukują się wzajemnie. „*Folie à famille*" nie jest zjawiskiem bardzo rzadkim, zdarza się w rodzinach odciętych od otoczenia ze względów „zewnętrznych" (imigracja, migracja we-

wnętrzna, różnice językowe, religijne itd.), przy czym istotna dla „wydzielenia się" jest raczej sprawa cech osobowości niektórych z członków takiej rodziny, dominujących nad resztą.

Badania dotyczące cech i pozycji ojca lub matki w rodzinie schizofrenika są niewątpliwie ciekawe, mogą też wiele wyjaśnić i wiele pomóc w zakresie praktycznym. Trzeba jednak powiedzieć, że nie wyjaśniają zbyt wiele w zakresie ewentualnego wpływu stwierdzanych faktów na powstawanie schizofrenii. Natrafiamy tu na brak odpowiednich porównań: nie wiemy, jak przedstawia się sytuacja w rodzinach, gdzie schizofrenii nie ma. Nie przeprowadzono bowiem zestawień ani z rodzinami, w których występuje na przykład psychoza maniakalno-depresyjna, ani też z rodzinami, w których żadnych psychoz nie ma.

Jednocześnie nasuwa się inna wątpliwość: jeżeli tak wielu ojców i tak wiele matek dość wyraźnie odchyla się od stanu prawidłowego, to może cały materiał prac, które w tej dziedzinie robiono, niechcący podbudowuje inną hipotezę etiologii schizofrenii, a mianowicie hipotezy dziedziczenia tej choroby psychicznej? W rozdziale dotyczącym dziedziczności mówiliśmy, że schizofrenia wśród rodziców schizofreników występuje stosunkowo rzadko, ale była tam mowa o schizofrenii rozpoznanej. Tymczasem według wielu opinii, schizofrenia może się przenosić właśnie przez osobników z pogranicza choroby psychicznej — osobników schizoidalnych, osobników z procesem schizofrenicznym bardzo łagodnym. Cały opisywany tu materiał mógłby służyć do podtrzymywania takiej właśnie tezy. Jednocześnie jednak ten sam materiał może służyć za argument w innym kierunku: szczególne warunki wychowania, niewątpliwie istniejące w opisywanych rodzinach, mogą stanowić dodatkowy czynnik „uzupełniający" dziedziczność i ostatecznie decydujący o rozwoju choroby.

Można się zastanawiać nad szeregiem innych czynników stanowiących ewentualny punkt wyjścia dla rozwoju zaburzeń psychicznych. Potocznie podkreśla się zwłaszcza znaczenie sytuacji wyjątkowych, najcięższych przeżyć uczuciowych itp. W schizofrenii prawdopodobnie tego

rodzaju bodźce nadzwyczajne nie są istotne. Istnieje natomiast niewątpliwie grupa zaburzeń, w których tego rodzaju sytuacje stanowią przyczynę choroby. Mowa tu o grupie zaburzeń, które u nas (i w całej europejskiej psychiatrii kontynentalnej) wydzielamy jako stany reaktywne. Występują one w wyraźnym związku czasowym i przyczynowym z określoną sytuacją, przy czym najbardziej typowe widujemy nierzadko u osób, które popadły w konflikt z prawem karnym i znalazły się w związku z tym w szczególnie trudnej sytuacji. Stany reaktywne zwykle ustępują z ustaniem przyczyny wywołującej. Wprawdzie związek ich z przyczyną wywołującą jest jasny, trzeba jednak przypomnieć, że nie u wszystkich występują w tych samych warunkach tego rodzaju zaburzenia. Stwierdza się je tylko u osobników o już poprzednio nieprawidłowej osobowości, a więc zwłaszcza u psychopatów (patrz rozdz. 3).

W bardzo szerokim ujęciu — można wiązać ze środowiskiem społecznym niektóre inne zaburzenia, związane np. ze szczególnymi warunkami pracy (zatrucia przemysłowe) lub z panującym obyczajem (psychozy alkoholowe). Jest to jednak związek w nieco innej płaszczyźnie, bardziej pośredni i w tym miejscu nie będziemy go obszerniej omawiać.

Przejdziemy teraz do spraw sytuacji w środowisku społecznym osobnika z zaburzeniami psychicznymi i zajmiemy się samym chorym. Nie ulega wątpliwości, że zgodnie ze wszystkimi współczesnymi ujęciami — chory psychicznie ma prawo do leczenia. Może nie wszyscy się orientują, że sprawa ta jest prosta tylko pozornie. Po pierwsze — mimo różnego poziomu gospodarczego różnych krajów świata — właściwie niemal nigdzie nie ma dostatecznej liczby łóżek szpitalnych, a w niektórych krajach nie ma ich prawie wcale. W krajach najbogatszych bywają również braki w tym zakresie, a jeżeli nawet ilość łóżek jest w zasadzie dostateczna, to poziom opieki szpitalnej bywa bardzo nierówny.

Następną sprawą, która napotyka na różne trudności jest realizacja prawa do leczenia w szpitalu. Czasem przeszkody wyłaniają się dość nieoczekiwanie ze strony

prawnej. Jest zrozumiałe, że powinny istnieć przepisy, chroniące chorego przed umieszczaniem go w szpitalu, jeśli jest to zbędne. „Porywanie ludzi zdrowych" i umieszczanie w szpitalach praktycznie biorąc nie zachodzi, mimo to — aby temu zapobiec — ustanowiono wszędzie sankcje karne. Chyba tylko w Wielkiej Brytanii została konkretnie uregulowana sprawa leczenia szpitalnego tych osób, które ani same (ze względów chorobowych) nie rozumieją potrzeby leczenia, ani też nie rozumie tego ich rodzina, mimo że leczenie jest istotnie konieczne.

Leczenie odbywa się nie tylko w szpitalach. Potrzebne są także warunki leczenia pozaszpitalnego. Nie wszystkie państwa uregulowały tę sprawę. Na przykład, w Stanach Zjednoczonych władze stanowe obowiązane są do utrzymywania szpitali, natomiast nie interesuje je sprawa przychodni dla psychicznie chorych. Leczenie pozaszpitalne odbywa się więc prywatnie lub w niedostatecznej sieci placówek utrzymywanych przez różne instytucje charytatywne.

U nas sieć przychodni zdrowia psychicznego nie jest jeszcze całkowicie wystarczająca, należy jednak do najbardziej rozbudowanych w Europie.

Chory psychicznie, który nie wymaga w danym momencie leczenia szpitalnego, ma prawo żyć w społeczeństwie, pracować w zakresie, na jaki mu pozwala stan zdrowia, korzystać z urządzeń socjalnych lub z opieki społeczeństwa, jeżeli nie jest do pracy zdolny. Sprawy te reguluje się stopniowo. Prawa do pracy nikt nie kwestionuje, istnieje jednak duża niechęć do zatrudniania nie tylko osób z jakimikolwiek aktualnymi zaburzeniami, ale i osób, które kiedykolwiek na nie cierpiały. Powoli wchodzi jednak w życie zasada, że o stopniu przydatności do pracy decydują jedynie ludzie kompetentni.

W zakresie opieki ze strony społeczeństwa, zwłaszcza zaś opieki przekraczającej możliwości rodziny chorego, w różnych krajach sytuacja przedstawia się różnie. W odpowiednim rozwiązaniu tego problemu najbardziej przeszkadzają zwykłe przesądy. Tak trzeba nazwać sytuację, którą wywołuje z jednej strony absolutny brak wiedzy, a z drugiej — najczęściej osobiste obawy, czy inne

uczucia negatywne wypływające często z własnego złego przystosowania się życiowego. Istnieje szereg badań, z których wynika, że zrozumienie zagadnienia zaburzeń psychicznych wzrasta u osób, które się z tymi zaburzeniami stykają, np. w sąsiedztwie szpitali lub innych ośrodków psychiatrycznych (ośrodki opieki rodzinnej).

Zaburzenia psychiczne nasuwają oczywiście szereg problemów, o których tu ze względu na ramy niniejszej książki nie możemy mówić. Wiele z tych kwestii dotyczy rodziny pacjenta. Zagadnienia, podobne do opisywanych w związku z rodziną schizofrenika, występują w jeszcze wyraźniejszej formie, jeżeli np. osobą wyraźnie chorą jest jedno z rodziców. W okresach pozaszpitalnych, w czasie przebywania chorego w rodzinie, komplikuje się szereg kwestii wychowawczych i innych, związanych z życiem rodzinnym. Przechodzimy tu wreszcie do dalszej sprawy dotyczącej wpływu zaburzeń psychicznych na życie społeczne. Nie ma tu sytuacji szablonowych i nie ma też ogólnych recept na te sytuacje. Możliwości są bardzo szerokie: niektórzy chorzy są zupełnie niezdolni do życia w rodzinie, chociaż nie wymagają leczenia szpitalnego. Inni stanowią mniej lub więcej przeszkadzający element w rodzinie, wymagający opieki w mniejszym lub większym zakresie. Jeszcze inni stanowią nawet bardzo wartościowy składnik komórki rodzinnej, wymagają jedynie pewnego „ustawienia", pewnej postawy ze strony pozostałych członków tego najmniejszego społecznego środowiska. Regulowaniem stosunków wewnątrzrodzinnych w związku ze stanem zdrowia jednego z członków rodziny powinni się zajmować psychiatrzy. Zarówno w tej sprawie, jak i w wielu innych, w których można wskazać na ścisłe związki psychiatrii z zagadnieniami społecznymi, może pomóc lekarzowi odpowiednio przygotowany pracownik społeczny. Jest to w tej chwili w wielu krajach odrębny zawód: psychiatryczny pracownik społeczny może badać nie tylko elementy sytuacji społecznej chorego, w miarę potrzeby interweniować w związku ze sprawami pracy i warunków bytowych chorego, ale może także działać nawet na terenie samego szpitala i w czasie kuracji szpitalnej, dbać o odpowiednie

kontakty zewnętrzne i zapewnienie odpowiedniej sytuacji choremu w przyszłości.

Warto zatrzymać się chwilę nad wpływem zaburzeń psychicznych na zagadnienia społeczne. Wiele mówi się w związku z tym o przestępczości. Powiedzmy od razu — zbyt ścisłe łączenie tych zagadnień jest zupełnie niesłuszne; tzn. bardzo mały odsetek psychicznie chorych lub osób z zaburzeniami psychicznymi narusza normy współżycia społecznego tak dalece, aby można mówić o „niebezpieczeństwie dla otoczenia" lub „zakłócaniu porządku prawnego." Oczywiście, pewna ilość chorych jest uciążliwa lub nawet niebezpieczna w pewnych okresach psychozy. Niemal zawsze konieczne jest wtedy leczenie szpitalne. Nawet psychopatia bynajmniej nie zawsze prowadzi do przestępczości, nieczęsto zwłaszcza popełniają psychopaci ciężkie przestępstwa. I odwrotnie — bynajmniej nie wszystkie kolizje z prawem karnym występują w związku z istnieniem zaburzeń psychicznych, choćby zaburzeń w najszerszym tego słowa znaczeniu. Nie jest też prawdą, że psychiatrzy „mają skłonność" do interpretowania postępowania antyspołecznego zawsze z psychiatrycznego punktu widzenia. Odpowiednio przygotowani psychiatrzy stwierdzają zaburzenia psychiczne tam gdzie one istnieją, ale nie wszędzie i nie zawsze. Wiadomo, że nawet wśród najcięższych przestępców i recydywistów jedynie pewien odsetek stanowią osobnicy z odchyleniami od normy psychicznej.

W praktyce pozostaje jednak pewna liczba chorych psychicznie, którzy popadają w kolizję z prawem. Zrozumiałe jest, że nie mogą oni odpowiadać za swoje czyny na równi ze zdrowymi. Pewne postanowienia w tym zakresie zawierały już starożytne przepisy prawne. Zrozumiałe jest także, że uwolnienie od odpowiedzialności karnej musi dotyczyć wszystkich istotnie chorych, a nie tylko tych, co do których ze względu na ich zachowanie się nie ma nikt wątpliwości, że są chorzy. W niektórych krajach anglosaskich, stosuje się właśnie nieco przestarzałe przepisy, warunkujące zwolnienie od kary.

Nie tak prosto przedstawia się sprawa odpowiedzialności karnej osób z zaburzeniami psychicznymi w szer-

szym sensie, a więc takich, którzy nie są chorzy *sensu stricto*. Te sprawy różnie się na świecie reguluje, w każdym razie przeważa tendencja indywidualnego — w zależności od przypadku — doboru środków karnych, zabezpieczających i leczniczych. Nie chcemy tu bynajmniej twierdzić, że choroby psychiczne czy — szerzej — zaburzenia psychiczne mogą odgrywać ze społecznego punktu widzenia — rolę pozytywną, chociaż i z takimi opiniami można się niejednokrotnie spotkać w literaturze fachowej. Teza np. Kretschmera o bliskim „kontakcie" geniuszu i choroby psychicznej jest niewątpliwie niesłychanie interesująca. Nie możemy się tu nią szerzej zajmować, trzeba natomiast zwrócić uwagę, że i w tego rodzaju przypadkach nie ma mowy o stawianiu znaku równości między tymi dwoma stanami, w których istnieją tylko pewne przypuszczalne współzależności genetyczne.

Pozostaje jednak faktem niekwestionowanym co innego, a mianowicie to, iż mamy bardzo wiele przypadków, w których choroba czy zaburzenia psychiczne nie obniżyły pod żadnym względem wartości człowieka, zwłaszcza jego wartości jako twórcy w różnych dziedzinach nauki i sztuki. Kretschmer zestawił pokaźną listę tego rodzaju postaci, nie trzeba tu jej przytaczać ani uzupełniać.

Z tego punktu widzenia nie możemy zaburzeniom psychicznym w całości przypisywać ostatecznie ani ujemnego, ani dodatniego znaczenia społecznego. Z powodu zaburzeń psychicznych cierpią na pewno jednostki, cierpi społeczeństwo przez to, że w pewnym stopniu i zakresie traci udział tych jednostek w pracy, wytwórczości itd. Jest to niewątpliwie ogromna strata, powiększająca obowiązki społeczeństwa o konieczność przywrócenia chorym zdrowia psychicznego.

Gdybyśmy spróbowali policzyć jednostki z zaburzeniami psychicznymi wykazujące cechy albo wyraźnie negatywne społecznie, albo wyraźnie pozytywne — wówczas ich wzajemny stosunek prawdopodobnie układałby się w tych samych proporcjach, w jakich cechy te występują w całości ludności (a więc zdrowej i chorej), z tym że wykazałby nieco większy rozsiew, czyli pewne przesunięcie ku obu biegunom.

9

Leczenie i zapobieganie

Zaburzenia psychiczne, tak jak i inne odchylenia od prawidłowego stanu zdrowia, wymagają leczenia. Leczenie to może być różne, zależnie od rodzaju zaburzeń i aktualnego stanu pacjenta. Zgodnie z założeniami tej książki, nie będzie tu mowy o wskazaniach lekarskich, właściwych w poszczególnych przypadkach przy postępowaniu z takim lub innym pacjentem. Niewiele też będziemy się interesowali samą techniką prowadzenia różnego rodzaju terapii. W rozdziale tym postaramy się natomiast opisać przykładowo niektóre ważniejsze metody leczenia, stanowiące niewątpliwe osiągnięcia współczesnej medycyny. Metodom wychodzącym już z użycia — mniej ważnym — poświęcimy o wiele mniej miejsca. Zaczniemy od metod biologicznych nie dlatego zresztą, aby miały one być „najważniejsze"; po prostu — trzeba się zdecydować na jakąś kolejność.

Od wielu lat rozwijały się metody biologicznego leczenia chorób psychicznych. W Indii już od setek lat stosowano przetwory rośliny *Rauwolfia serpentina*, zawierające rezerpinę, która dopiero niedawno weszła do arsenału psychiatrycznego lecznictwa oficjalnego.

W Europie stosowano wiele środków uspokajających, poprawiających nastrój itd., ale były to leki raczej tylko o działaniu objawowym, krótkotrwałym, doraźnym. Wpływ wyraźniej leczniczy miały może niektóre kuracje „bodźcowe", oparte na wywoływaniu ogólnego odczynu

organizmu (między innymi — gorączki). Używano do tego celu wstrzykiwań szczepionki durowej i niektórych innych, mleka, różnych preparatów białkowych, kwasów nukleinowych, zawiesiny siarki itp.

Postępem na większą skalę było wprowadzenie w r. 1918 przez wiedeńskiego neurologa i psychiatrę, J. Wagnera-Jauregga, leczenia zimnicą, czyli malarią. Jest to metoda niezwykle skuteczna w psychozach kiłowych, zwłaszcza w porażeniu postępującym, jednak przy jej pomocy osiągano również bardzo dobre rezultaty w niektórych innych psychozach, między innymi w pewnych postaciach schizofrenii. Wprawdzie zakres leczenia malarią jest ograniczony, lecz nie zmniejsza to zasługi Wagnera-Jauregga, zwłaszcza że jest to właściwie pierwsza istotnie działająca leczniczo metoda w stosunku do psychoz.

Okresem nagłego rozwoju biologicznych metod leczenia były końcowe lata okresu międzywojennego. Może był to przypadek, może zaś dojrzała do tego sytuacja, w każdym razie w ciągu kilku lat powstały niezależne od siebie trzy ważne metody leczenia.

Psychiatra węgierski L. J. Meduna oparł się na obserwacjach swego rodaka J. Nyirö, według którego padaczka stosunkowo rzadko występuje łącznie z schizofrenią — rzadziej niżby to wynikało z normalnego rozsiewu statystycznego tych dwóch spraw niezależnych. Wywnioskował z tego, że istnieje jakiś „antagonizm" między tymi dwiema sprawami chorobowymi. Jednocześnie wyzyskał fakt, że niektóre leki, zwłaszcza podawane w wysokich dawkach, wywołują niekiedy napady drgawkowe. Zaczął więc stosować wstrzykiwanie kamfory, a następnie zastąpił ten lek kardiazolem wprowadzanym dożylnie. Pewna ilość tego rodzaju zabiegów stosowana przez Medunę u schizofreników powodowała w niektórych przypadkach wyraźną poprawę. Okazało się zresztą, że lepsze wyniki daje ta metoda w depresjach, z drugiej zaś strony — kwestionowano znaczenie samego napadu drgawkowego, przywiązując większe znaczenie do innych zmian ustrojowych, występujących po podaniu kardiazolu. W ten sposób niewiele pozostało z pierwszej koncepcji teoretycznej, co nie zmniejsza wartości osiągnięć praktycznych.

Wkrótce po Medunie — Włosi G. Cerletti i L. Bini wprowadzili metodę wstrząsów elektrycznych, znacznie wygodniejszą i mniej przykrą dla pacjentów. Również i ta metoda, istniejąca do dziś w licznych odmianach, najpierw znalazła zastosowanie w schizofrenii i stopniowo „przesunęła się" do leczenia różnych zespołów depresyjnych. W ostatnich latach zmniejsza się zakres jej zastosowania — z leczenia schizofrenii wyparło ją dość skutecznie (choć nie całkowicie) leczenie za pomocą wstrząsów insulinowych, a w leczeniu depresji coraz większego znaczenia nabierają metody farmakologiczne.

Terapia insulinowa była w psychiatrii trzecią z „wielkich metod" biologicznych, która rozwinęła się równolegle do dwóch poprzednich. Wiedeński lekarz M. Sakel podawał niewielkie dawki insuliny narkomanom oraz osobom osłabionym, astenicznym. Zauważył, że oprócz poprawy ogólnego stanu fizycznego, zaznacza się w wielu przypadkach tego rodzaju także poprawa stanu psychicznego. Zaczął więc podawać insulinę w psychozach i stopniowo opracował metodę leczenia insuliną „głęboką", czyli śpiączkową. Zasugerowany wynikami Meduny chciał w kuracji insulinowej doprowadzić zawsze do napadów drgawkowych, jednak z czasem wycofał się z tych prób. Okazało się zresztą, że występujące niekiedy i w kuracji insulinowej napady drgawkowe mają małe znaczenie lecznicze, zaś znacznie ważniejsze są elementy ogólnego głębokiego przestrojenia, „przewrotu" w gospodarce węglowodanowej i — być może — czynnościach niektórych gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Terapia insuliną w różnych odmianach i modyfikacjach przyjęła się bardzo szeroko na całym świecie; przez kilkanaście lat była może najbardziej cenioną metodą leczenia biologicznego w psychiatrii. Szczyt jej popularności przypada na lata powojenne; szczególnie rozpowszechniła się mniej więcej między rokiem 1948 a 1953 i dopiero w ostatnich latach spada nieco zainteresowanie tą metodą z powodu coraz szerszego stosowania nowych środków farmakologicznych, o których będzie jeszcze mowa.

Odrębne miejsce w terapii aktywnej zajmuje — a raczej

powiedzmy od razu — zajmowała — psychochirurgia; obecnie ma już tylko znaczenie historyczne. Rozkwit psychochirurgii przypada na te same lata, co i wspomnianych trzech podstawowych metod biologicznych. Pierwsze zabiegi wykonał chirurg portugalski, E. Moniz, w latach trzydziestych, gdy powstawały metody wstrząsowe.

Interesująca jest geneza metody. W związku z pracami neuropatologów i psychiatrów, między innymi K. Kleista, zwrócono uwagę na wyjątkowe, w pewnym sensie nadrzędne znaczenie płatów czołowych mózgu. Już od dawna znano w klinice psychiatrycznej przypadki uszkodzenia płatów czołowych (przez uraz mechaniczny, guz nowotworowy), w wyniku których pojawiały się zaburzenia uczuciowości wyższej, zdolności planowania, przewidywania, spontanicznego napędu psychicznego. Do tej nadrzędnej roli płatów czołowych nawiązywał, jak była o tym mowa, Mazurkiewicz (patrz rozdz. 5). Z drugiej strony, od dawna znana jest rola wzgórza wzrokowego, podkorowej stacji pośredniej dla bodźców czuciowych, płynących od obwodu ku korze. Udział podwzgórza w powstawaniu prostszych stanów wzruszeniowych naświetlały zwłaszcza prace H. Heada, a w późniejszych czasach szwajcarskiego fizjologa, W. Hessa. Znano też drogi nerwowe, łączące płaty czołowe z wzgórzem wzrokowym. Drogi te służą najprawdopodobniej wzajemnej regulacji dwóch poziomów układu nerwowego, stanowiących anatomiczne podłoże uczuć wyższych, czyli bardziej złożonych, skomplikowanych, powstałych w trakcie długiego rozwoju osobniczego i uczuć elementarnych, prostych, bardzo wcześnie zaznaczających się w rozwoju człowieka. W swoim czasie, właśnie w związku z psychochirurgicznymi zabiegami Moniza, pojawiały się w amerykańskich pismach ilustrowanych artykuły popularne, w których obok płatów czołowych rysowano postać wyobrażającą „nad-ja” (*superego*), a obok wzgórza — „ono” (czyli *id*), symbolizujące prymitywne życie popędowo-instynktowe.

Według Moniza zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu niewielkiej ilości tkanki mózgowej w ten sposób, aby przerwać połączenia czołowo-wzgórzowe, miał po-

wodować ustąpienie objawów chorobowych w wielu psychozach, gdzie najwyraźniej stosunki czołowo-wzgórzowe były zaburzone.

Przed wojną wykonano niewiele tego rodzaju zabiegów. „Popularność" ich wzrosła w pierwszych latach powojennych, osiągając maximum przed 1950 r. Zasadniczo stosowano te zabiegi w przypadkach, w których żadne inne metody zupełnie nie działały, a pacjent był stale szczególnie uciążliwy nie tylko dla otoczenia, ale i dla siebie. Wykonano również pewną liczbę zabiegów u osób np. z niezwykle męczącymi natręctwami (patrz rozdz. 3) oraz w przypadkach wyjątkowo przykrych bólów różnego pochodzenia, które nie dawały się złagodzić żadnymi istniejącymi środkami.

Przez krótki czas kilku autorów propagowało tę metodę (zresztą uproszczoną) jako szczególnie korzystną w krajach zacofanych gospodarczo (mowa była o Indii), niemal nie rozporządzających psychiatryczną służbą zdrowia.

Metoda Moniza może się pochwalić pewnymi osiągnięciami. W znacznej liczbie operowanych przypadków nie ustąpiły wprawdzie objawy, ale przestały choremu „przeszkadzać", to znaczy występowały nadal, ale nie wpływały ani na jego postępowanie, ani na samopoczucie.

Wkrótce okazało się jednak, że u ogromnej większości operowanych pojawił się szereg — wynikających z operacyjnego uszkodzenia tkanki mózgowej — objawów, które osiągały w wielu przypadkach poziom głębokiego otępienia.

W Polsce zarzucono metodę Moniza niemal zaraz po jej pojawieniu się, operowano w sumie bardzo niewiele przypadków. W innych krajach operowano znacznie więcej i dłużej (zwłaszcza w Ameryce), ale i tam w tej chwili metoda ta uległa niemal całkowitemu zapomnieniu.

Od kilku lat dysponujemy szeregiem nowych środków farmakologicznych, w istotny sposób wpływających leczniczo na zaburzenia psychiczne. Nazywamy je środkami neuroleptycznymi, psycholeptycznymi, europlegicznymi itd. Wszystkie te nazwy mają podkreślać szczególne powinowactwo tych środków z układem nerwowym lub szczególny ich wpływ na stan psychiczny. Pierwszy z nowoczesnych środków tego rodzaju wprowadził H. Laborit

w r. 1951 we Francji, mianowicie largactil (chloropromazyna, fenactil). Następnie wyprodukowano czystą rezerpinę z używanej od dawna w medycynie indyjskiej rośliny *Rauwolfia serpentina*, a później pojawiła się kolejno cała lawina nowych środków o podobnym działaniu. Nie będziemy ich tu wyliczali, możemy tylko stwierdzić, że mamy w tej chwili pośród nich już duży wybór. Działają one w bardzo wielu sprawach psychotycznych, a (zwykle w mniejszych dawkach) stosuje się je często także w innych zaburzeniach psychicznych, między innymi — w nerwicach.

Wkrótce po środkach neuroleptycznych pojawiły się środki tymoleptyczne, czyli działające przede wszystkim w zaburzeniach nastroju, w depresjach. Jedne i drugie łącznie w znacznym stopniu ograniczyły zakres stosowania kuracji insulinowej i wstrząsowej, pozwoliły na szybsze leczenie wielu chorych nie reagujących dotychczas na żadne metody lecznicze. Jednocześnie osiągnięto za pomocą tych środków poważne efekty doraźne, tak że atmosfera szpitali psychiatrycznych zmieniła się, ponieważ dzięki środkom neuroleptycznym bardzo wyraźnie zmalała liczba chorych podnieconych i głośnych. Jednocześnie środki te powodują w ogromnej liczbie przypadków szybką poprawę i pozwalają na powrót do warunków pozaszpitalnych. Jeżeli nawet nie następuje to w niektórych przypadkach dość prędko, środki te wyraźnie ułatwiają kontakt psychoterapeutyczny, kontakt chorego z grupą i umożliwiają ponowną stopniową adaptację do warunków społecznych. Oczywiście w odpowiednich przypadkach można te same leki stosować także ambulatoryjnie (w mniejszych dawkach). Prawie z reguły podaje się je też w małych dawkach jako leczenie dodatkowe, „podtrzymujące". Zlekceważenie tego leczenia przez chorego (często przez jego rodzinę) prowadzi, niestety często do nawrotów choroby. Zagadnienie leczenia farmakologicznego w psychiatrii jest niezwykle ważne, jednak nie możemy się nad nim teraz dłużej zatrzymywać.

Istotnym zagadnieniem na terenie szpitala jest readaptacja, przystosowanie do środowiska szpitalnego, a w perspektywie — pozaszpitalnego. W tym zakresie pod-

kreśla się znaczenie pracy chorych, ich aktywnego udziału w zajęciach rozrywkowych, artystycznych itd. Pozwolimy sobie przytoczyć przykład schematu tego rodzaju readaptacji, proponowany przez francuskiego psychiatrę, P. Sivadona.

Zadania „socjalizacji" czy „terapii socjalnej" przedstawiają się według niego w ten sposób: szpital psychiatryczny powinien zapewnić pacjentowi warunki odpowiednie do jego aktualnego stanu, umożliwić mu zadowalający kontakt ze środowiskiem fizycznym i społecznym, dostarczyć możliwie wszystkim pacjentom okazji do stałego rozwoju „socjalnego zachowania" coraz bardziej zbliżonego do prawidłowego.

Służy do tego celu cały szereg środków — przede wszystkim środki techniczne. Sama architektura budynków szpitalnych powinna zapewnić możliwość odpowiedniego podziału pacjentów, a więc takiego, który umożliwiłby każdemu pacjentowi współżycie z grupą, korzystanie z jej wpływu, znalezienie się w „polu społecznym". Sivadon uważa też, że tego rodzaju grupa powinna, o ile to możliwe, pod niektórymi względami przypominać małą grupę społeczną pozaszpitalną, a więc powinna obejmować pacjentów w różnym wieku (bez dzieci oczywiście, gdyż oddziały psychiatryczne dziecięce organizuje się zawsze oddzielnie). Pożądane jest też, aby personel szpitalny składał się z obu płci.

Istotne znaczenie ma sposób przyjęcia do szpitala, podczas którego pacjent powinien czuć, że jest „akceptowany", uznany przez grupę, a jednocześnie — dla uniknięcia wszelkiej niepewności — powinien uzyskać niezbędne informacje.

Jako dalsze zagadnienia występują sprawy właściwej resocjalizacji. Metody zależą oczywiście od stanu psychicznego pacjenta. Na przykład, najbardziej zahamowani pacjenci dają się stopniowo wciągnąć w nieskomplikowaną grę w piłkę. Niekiedy dają się nakłonić do malowania, chociaż niektórzy z nich często przez dłuższy czas używają przy tym zajęciu raczej palców, niż pędzla lub ołówka, niekiedy przystępują do lepienia z gliny itd.

Do technik aktywnej socjoterapii zalicza się organi-

zowanie życia grupy pacjentów. We Francji (może w związku z pewnymi cechami pospolitymi u Francuzów) stosunkowo łatwo spowodować powstanie „grupy społecznej" przez podsunięcie pacjentom, przebywającym na oddziale, myśli o niedostatkach życia szpitalnego. Pacjenci organizują zebranie, krytykują posiłki, urządzenia itd. i wtedy właśnie często zaczynają się wypowiadać nawet najbardziej milczący. Następnie wybierają delegata, który ma przedstawić dyrekcji żądania pacjentów, a delegaci poszczególnych oddziałów tworzą komitet szpitalny. Przy umiejętnej taktyce taki komitet zaczyna sam organizować rozrywki, odczyty, dyskusje. Łatwo też w tych warunkach dochodzi do podejmowania akcji z inicjatywy pacjentów, np. porządkowania terenu, a nawet drobnych remontów, sadzenia kwiatów itd.

Inne schematy readaptacyjne zwracają jeszcze większą uwagę np. na samorząd chorych albo na możliwie szerokie kontakty pacjentów szpitala z okoliczną ludnością, na organizowanie wycieczek w okolice. W tym zakresie szpital coraz bardziej przestaje być miejscem odosobnienia, izolacji psychicznie chorego.

Istnieje obecnie szereg prób w zakresie tworzenia instytucji półszpitalnych, przeznaczonych dla chorych, potrzebujących tylko częściowej opieki. Należy do nich np. szpital nocny, odpowiadający zasadniczo jakiemuś hotelowi, bursie, czy innemu zbiorowemu mieszkaniu dla chorych, którzy pracują, utrzymują się w społeczeństwie, ale potrzebują jednak pewnego punktu oparcia, którego nie potrafi im zapewnić rodzina, jeżeli nawet istnieje.

Może ważniejsze są próby tworzenia szpitali dziennych, bardzo rozmaicie planowanych, zapewniających chorym pracę, rozrywkę i opiekę leczniczą w rozmaitych proporcjach. Do tej formy można zaliczyć istniejące u nas warsztaty „pracy chronionej" zatrudniające osoby z zaburzeniami psychicznymi, które pracują w ułatwionych warunkach, a jednocześnie mogą się uczyć nowego zawodu. Rodzajem szpitali dziennych są też tzw. oddziały terapii zabiegowej, gdzie chorzy przebywają kilka godzin codziennie lub co drugi dzień, otrzymując tam zabiegi lecznicze. W tym zakresie możliwe są bardzo różne

schematy; z istniejących np. w Anglii kilkudziesięciu szpitali tego rodzaju niemal każdy ma nieco inne założenia. W każdym razie mogą one w znacznym stopniu zastępować szpitale (w zwykłym znaczeniu) w zakresie leczenia niektórych chorób, leczenia uzupełniającego, readaptacji itd.

Pewną szczególną formą resocjalizacji i opieki pozaszpitalnej jest umieszczanie psychicznie chorych w rodzinach obcych, zastępczych. Tego rodzaju opieka ma bardzo dawne tradycje. Prawdopodobnie zainicjowano ją w średniowieczu w Gheel (miejscowość w obecnej Belgii). Według legendy pewna księżniczka irlandzka miała się tu schronić przed atakami własnego ojca, który był psychicznie chory. Ojciec odnalazł i zabił córkę. Na pamiątkę tego wypadku zbudowano grobowiec, który następnie odwiedzali liczni pielgrzymi, pragnący odzyskać zdrowie psychiczne. Zbudowano tam dla nich dom, a okoliczne rodziny poczuwały się do opieki nad nimi. Tego rodzaju rodzinna opieka przetrwała do dziś i bardzo się rozrosła, tak że w połowie ubiegłego wieku przejęło nad nią nadzór państwo.

Analogiczne próby na mniejszą skalę podejmowano następnie w wielu krajach. Różnie wygląda struktura takiej opieki: w Gheel przebywa obecnie trzy tysiące pacjentów, kierowanych z całej Belgii. Jest tam też niewielki szpital, który może ich przyjmować w razie pogorszenia się stanu zdrowia. W innych krajach system niewielkich „kolonii", to znaczy w jednej wsi lub gminie umieszcza się po jednym lub kilku chorych w wybranych rodzinach. W Niemczech Zach., a ostatnio także w Anglii, urządza się niekiedy większe „domy" dla 20—30 pacjentów, również pozostających pod opieką jednej rodziny. W Polsce próby tego rodzaju istniały w okresie międzywojenym, obecnie zaś rozporządzamy kilkoma ośrodkami tego rodzaju. Są to z reguły wsie w najbliższym sąsiedztwie szpitala psychiatrycznego, który zapewnia pacjentom regularną opiekę lekarską i pielęgniarską, a jednocześnie czuwa nad odpowiednimi warunkami bytowymi.

Ta forma opieki może stanowić ważny etap w przesuwaniu pacjenta od życia szpitalnego ku życiu o własnych siłach. Może być jedynym właściwym miejscem dla pacjentów nie wymagających już leczenia, zdolnych do życia pod opieką, a nie posiadających własnej rodziny. Może być pomocna wszędzie tam, gdzie pacjent ma trudności we współżyciu z własną rodziną — albo spowodowane niektórymi patologicznymi nastawieniami samego pacjenta, albo też wynikające ze szczególnych cech osobowości pozostałych członków rodziny, niekiedy zaś mogą być nawet trudności związane z ekonomicznymi warunkami rodziny (np. pacjent wymaga stałej opieki, a nie ma się kto nim zajmować w domu).

W szerszym rozwoju tych form opieki przeszkadzają głównie względy ekonomiczne. Są jednak i inne zastrzeżenia: wielu pacjentów adaptuje się wprawdzie nieźle w tym nowym otoczeniu, niektórzy nawet potrafią zdobyć przyjaźń i szacunek wśród sąsiadów, wątpliwości natomiast budzi umieszczanie pacjentów w rodzinach posiadających dzieci. Można mieć zastrzeżenia co do wartości konstelacji rodzinnej, w której znajduje się człowiek obcy z poważniejszymi odchyleniami od normy psychicznej, a więc dobór pacjentów musi być w tych przypadkach bardzo staranny.

Na zakończenie tego rozdziału trzeba wspomnieć o leczeniu ambulatoryjnym. Powstawanie różnych form pośrednich, o których mowa, zaciera ostrą dawniej granicę między leczeniem szpitalnym a ambulatoryjnym. Ambulatorium nie traci swej wartości, przeciwnie, jego znaczenie stale wzrasta w związku z tendencją do leczenia w warunkach zwykłych, a więc domowych, bardzo wielu typów zaburzeń psychicznych, między innymi psychoz o lekkim przebiegu. Ambulatoryjnie też leczy się oczywiście większość nerwic. Stosuje się tu wiele metod wymienionych na początku rozdziału, a także psychoterapię, o której jeszcze nie było mowy, czyli leczenie za pomocą psychicznego oddziaływania na pacjenta. W szerokim sensie psychoterapia obejmuje także wiele elementów readaptacji wymienianych poprzednio. W sensie ściślejszym, na psychoterapię składa

się szereg określonych metod oddziaływania, jak: perswazja, sugestia zwykła i w hipnozie lub narkosugestia (sugestia po podaniu określonych środków farmakologicznych) oraz szereg technik psychoanalitycznych. Te ostatnie opierają się na zasadach ogólnych, omówionych w rozdz. 6. Na przykład — skoro istotna dla zaburzeń psychicznych ma być podświadomość, należy dążyć do uświadomienia zawartych w niej treści. Skoro istotne dla powstawania nerwic mogą być przeżycia z wczesnych okresów rozwojowych, trzeba dążyć do wyświetlenia przeżyć i kompleksów dziecięcych. Powstało też wiele technik specjalnych, opartych na różnych, nie zawsze psychoanalitycznych przesłankach. Rozwija się więc psychoterapia grupowa kierowana i niekierowana, w grupach jednolitych (co do rozwoju zaburzeń psychicznych) i mieszanych. Odrębną formę stanowi metoda S. K. Moreno („psychodrama"), w której uczestnicy ujawniają i „odreagowują" podświadome treści konfliktowe itd.

Psychoterapię stosuje się coraz szerzej także i u nas. Najważniejszą wadą psychoterapii (przynajmniej indywidualnej) jest jej mała ekonomiczność, to znaczy kolosalna ilość czasu, potrzebna do jej prowadzenia. W wielu przypadkach łączy się skutecznie psychoterapię z innymi „biologicznymi" metodami; w psychiatrii jedynie zagorzali zwolennicy określonej szkoły unikają stosowania metod mieszanych.

Zapobieganie wszelkim sprawom chorobowym polega na usuwaniu przyczyn tych zaburzeń. Pod tym względem prosta sytuacja (przynajmniej teoretycznie prosta) dotyczy jedynie chorób, w których przyczyna jest znana i łatwa do usunięcia, albo też wówczas, gdy łatwo jest uodpornić organizm ludzki przeciw znanemu czynnikowi chorobotwórczemu. Ma to miejsce tylko w przypadku niewielu spraw chorobowych, między innymi w niektórych chorobach zakaźnych.

W psychiatrii sprawa jest zwykle znacznie bardziej skomplikowana. Jak dotychczas, konkretne osiągnięcia w tym zakresie należą raczej do innych działów medycyny, a psychiatria korzysta z nich tylko pośrednio.

Równolegle do spadku liczby różnych chorób zakaź-

nych spada również liczba psychoz infekcyjnych. Podobnie zmniejsza się liczba psychoz pellagrycznych wskutek rozrastającego się zapobiegania pellagrze (sprawa u nas mało istotna), planowa walka z wolem endemicznym zmniejsza liczbę niedorozwojów tego typu. Podobnie przedstawia się sprawa ze zwalczaniem kiły wrodzonej i zapobieganiem powstawaniu zmian mózgowych w związku z zaburzeniem przemiany, tzw. fenylopirogronowym lub galaktozemicznym (patrz rozdz. 2). Ponieważ pewna liczba niedorozwojów wynika z urazów porodowych, część zapobiegania spoczywa w rękach położników.

Bardzo szerokie możliwości w zakresie zapobiegania określonym zaburzeniom psychotycznym ma medycyna przemysłowa. Myślimy tu o konkretnych sprawach tego rodzaju, jak zaburzenia psychiczne związane z zatruciami przemysłowymi (np. dwusiarczkiem węgla, tlenkiem węgla, ołowiem). W tym zakresie odpowiednie urządzenia zabezpieczające i właściwy stan techniczny maszyn skutecznie zmniejszają liczbę tego rodzaju zachorowań. W związku z zatruciami ołowiem udało się w niektórych gałęziach przemysłu (np. przy wyrobie kafli) zastąpić związki ołowiu innymi, nieszkodliwymi. Nieco bardziej złożona sytuacja dotyczy na ogół zapobiegania przemysłowym urazom mechanicznym.

Profilaktyka w dziedzinie zaburzeń psychicznych polega również na bardziej skutecznym i szybkim leczeniu niektórych chorób. Mogą tu znów służyć jako przykład choroby zakaźne: wprowadzenie leków sulfamidowych, a następnie antybiotyków niewątpliwie zmniejsza liczbę psychoz infekcyjnych i zmian poinfekcyjnych (encefalopatia, cerebrastenia — patrz rozdz. 2).

W stosunku do niektórych zaburzeń, psychicznych zapobieganie wykracza wyraźnie poza zagadnienia czysto medyczne. Czasem istotne znaczenie mają przepisy prawne: niewątpliwie wiele zawdzięczamy prawnemu ograniczeniu obrotu narkotykami, natomiast już w stosunku do alkoholu analogicznych możliwości nie ma i prohibicja nie dała dotychczas nigdzie pozytywnych wyników. Sprawa jest tu znacznie bardziej złożona niż w przypadku narkotyków. Zasadnicza różnica polega na

tym, że używanie alkoholu jest zwyczajem niesłychanie rozpowszechnionym. Wobec tego trzeba byłoby działania całego kompleksu czynników społecznych, zmierzającego do ograniczenia zwyczaju spożywania alkoholu. Istotne jest również ograniczenie dostępności napojów alkoholowych, rozwój oświaty sanitarnej, informowanie o skutkach nadużywania alkoholu, a także — wczesne leczenie, przekracające już ramy profilaktyki *sensu stricto.*

Dotychczas była mowa o zapobieganiu zaburzeniom psychicznym w przypadkach, w których znane były ich przyczyny. Niestety większość spraw chorobowych, którymi interesuje się psychiatria, wywołują czynniki dotychczas nie znane lub bardzo złożone. W sprawach tego rodzaju nie ma mowy (dotychczas) o zapobieganiu, przynajmniej o profilaktyce w ściślejszym sensie tego słowa. Do tych niejasnych etiologicznie a bardzo często występujących,, czyli społecznie istotnych spraw chorobowych, należą schizofrenia, nerwice i psychopatia. Nie ma tu profilaktyki właściwej, są jedynie próby postawienia zagadnienia w sensie ogólnym: wysuwa się możliwość niespecyficznego działania całego szeregu czynników — zaczynając od błędów wychowawczych, a kończąc na różnego rodzaju trudnych sytuacjach życia społecznego, jednak wobec zrozumiałego braku jasnych związków przyczynowych między tymi różnymi czynnikami a konkretnymi zachorowaniami sytuacja jest bardzo trudna.

Na zakończenie trzeba wspomnieć jeszcze raz — o dziedziczności. Wydawałoby się, że istnieją tu szerokie możliwości interwencji. W rzeczywistości jednak tak nie jest. Była już w rozdz. 4 mowa o tym, że gdyby ograniczyć potomstwo osób np. cierpiących na schizofrenię lub psychozę maniakalno-depresyjną, rzeczywiście można by zapobiec pojawieniu się na świecie pewnej liczby osób, które później mogłyby zachorować. Jednak jednocześnie nie dopuszczono by może na świat większej liczby osobników zdrowych. I' ściowo miałoby to zresztą stosunkowo małe znaczenie, skoro tylko 10% schizofreników ma jedno lub dwoje chorych rodziców.

Nie zmniejsza to oczywiście roli psychiatry jako doradcy rodzinnego, w planowaniu rodziny, w której jedno

z małżonków jest chore. Istotne są tu oczywiście i inne czynniki, a nie tylko sama ewentualność zachorowania części potomstwa. Nie można zapominać o zdolności rodziców do wychowania dzieci oraz wpływie ewentualnej ciąży na stan zdrowia matki.

Z profilaktyką lekarską łączy się zwykle zagadnienie, przekraczające już zapobieganie we właściwym sensie, wkraczające w zagadnienie terapii. Myślimy tu mianowicie o zasadzie wczesnego leczenia i zapobiegania nawrotom. Wczesne leczenie oznacza możliwie szybkie zastosowanie kuracji ambulatoryjnej wszędzie tam, gdzie to jest potrzebne, jak i kierowanie na leczenie szpitalne wszystkich chorych, którzy tego wymagają. Zarazem oznacza to także coś więcej: *sui generis* leczenie przypadków, w których zaburzeń psychicznych właściwie jeszcze nie ma. Przykładem może być prowadzenie leczenia w poradni dla alkoholików u osobnika, u którego nałóg alkoholowy jeszcze się nie rozwinął, wszystko jednak wskazuje na to, że alkoholizm jest już bardzo blisko. W ten sposób „wczesne leczenie" wkracza niekiedy w zagadnienia ścisłej profilaktyki.

Zapobieganie nawrotom jest również pewnego rodzaju profilaktyką. Możemy leczyć pacjenta, u którego nastąpiła wyraźna poprawa, jednak istnieje obawa ponownego pogorszenia. Podajemy mu na przykład środki neuroleptyczne przez dłuższy czas i pogorszenie nie następuje; oczywiście cały czas mamy do czynienia z leczeniem a nie z zapobieganiem. Sytuacja może też wyglądać inaczej: uzyskujemy całkowitą poprawę i pacjent jest zupełnie zdrów, a my w dalszym ciągu (i to zwykle bardzo długo) podajemy mu leki neuroleptyczne. W tym przypadku mamy już do czynienia z profilaktyką: zapobiegamy nawrotowi, a więc pojawieniu się zaburzeń psychicznych, ale w tym przypadku — u człowieka, który tych zaburzeń aktualnie nie ma. Warto podkreślić, że różnica między postępowaniem w pierwszej i drugiej sytuacji jest czysto teoretyczna, praktycznie robimy to samo w obu przypadkach, ponieważ granice między zapobieganiem i leczeniem nie we wszystkich punktach są wyraźne.

10

Zakończenie

Od kilkudziesięciu lat rozwija się w ramach psychiatrii odrębny dział: psychiatria dziecięca. Jego odrębność tłumaczy się nie tylko samym wiekiem obiektów zainteresowania tej specjalności lekarskiej, lecz i dużymi różnicami między rodzajem zaburzeń psychicznych u dzieci i u dorosłych.

U dzieci stosunkowo bardzo rzadko stwierdzamy właściwe choroby psychiczne, czyli psychozy. Schizofrenia — psychoza ilościowo odgrywająca najważniejszą rolę — pojawia się zwykle nie wcześniej niż w okresie młodzieńczym; przypadki schizofrenii dziecięcej są bardzo rzadkie. Ze zrozumiałych względów nie spotykamy się u dzieci z szeregiem psychoz, które związane są z różnymi czynnikami, wchodzącymi w grę dopiero w życiu ludzi dorosłych. Nerwice takie, jakie stwierdza się u dorosłych, również nie rozwijają się we wczesnych okresach, natomiast u dzieci mamy cały szereg innych zaburzeń typu nerwicowego o innym obrazie i przebiegu. Wielkim problemem psychiatrii dziecięcej są niedorozwoje. Psychiatria dorosłych ma natomiast stosunkowo rzadko do czynienia z osobnikami niedorozwiniętymi i to nie dlatego, ażeby liczba osób niedorozwiniętych malała, lecz dlatego, że niedorozwinięty umysłowo osobnik staje się zwykle problemem raczej na płaszczyźnie opieki (głębiej niedorozwinięty) lub dostosowuje się do życia w ra-

mach swoich możliwości (debil), a do psychiatry trafia rzadko, prawie wyłącznie w związku z orzecznictwem sądowym, czasem wojskowym lub rentowym.

Następna wielka grupa pacjentów psychiatry dziecięcego to zaburzenia postępowania lub zachowania się, nazywane zwykle (niezbyt ściśle) trudnościami wychowawczymi. Z psychiatrycznego punktu widzenia to bardzo szeroki wachlarz spraw — od padaczki do nerwic. U dzieci starszych i w okresie dojrzewania dają o sobie również znać cechy psychopatyczne. Oczywiście nie stawiamy znaku równości między trudnościami wychowawczymi, a tymi czy innymi zaburzeniami psychicznymi: większość trudności ma inne pochodzenie, wiąże się z błędami wychowawczymi popełnianymi przez otoczenie. Tak więc, mamy tu drugą przyczynę wyodrębniania psychiatrii dziecięcej: jest nią konieczność nawiązywania do zagadnień wychowawczych, do spraw wychowania w rodzinie i w szkole, a więc do problemów, które pacjenci dorośli mają już poza sobą. Z konieczności rzutuje to na strukturę i wyposażenie psychiatrycznych instytucji dziecięcych, a nawet na ich obsadę pozalekarską, która musi przewidzieć także psychologów, nauczycieli i wychowawców.

Diagnostyka psychiatryczna jest w psychiatrii dziecięcej odmienna. Uwzględnia szerzej metody psychologiczne i wywiad środowiskowy, dokładniej analizujący wzajemne stosunki w środowisku dziecka. Psychiatra dziecięcy zapoznaje się z pozycją dziecka w szkole, rodzinie i w grupie rówieśników.

Inaczej też wyglądają instytucje i działy opieki nad dzieckiem, z którymi styka się psychiatra dziecięcy i w których może odegrać pewną rolę — bezpośrednio lub pośrednio. Ma więc on m.in. do czynienia z zagadnieniami szkolnictwa specjalnego, bo w tego typu szkołach uczy się część jego pacjentów. Są to w pierwszym rzędzie szkoły specjalne dla niedorozwiniętych umysłowo. Przyjmują one dzieci niedorozwinięte (zasadniczo debilów, czyli grupę najniższej normy) i metodami specjalnymi zapewniają im wykształcenie podstawowe. Istnieje też pewna ilość szkół zawodowych, przyjmujących absolwen-

tów szkół specjalnych, a także czynne są szkoły dla intelektualnie prawidłowo rozwiniętych dzieci trudnych. Równolegle do szkół prowadzą działalność zakłady specjalne dla dzieci niedorozwiniętych i dla trudnych. Istnieją też zakłady, w których na pierwszym planie znajdują się inne zagadnienia aniżeli szkolne — są to np. zakłady dla dzieci chorych na padaczkę.

W zakładach dla głęboko niedorozwiniętych zasadniczo nie przewiduje się nauki szkolnej, ponieważ nie jest to możliwe ze względu na poziom wychowanków. Udają się tam natomiast próby nauki prostych zajęć, co może dzieciom umożliwić później pewien stopień adaptacji społecznej.

Szczególny problem stanowi dziecięca psychiatria sądowa. Przestępczość nieletnich (czyli problem osób do ukończonego siedemnastego roku życia) jest bardzo rozległym problemem społecznym, który częściowo wiąże się z psychiatrią. W pewnym odsetku wchodzą tu w grę przypadki z zaznaczającymi się już cechami psychopatycznymi (lub encefalopatycznymi, patrz rozdz. 2) lub też z niedorozwojem umysłowym. Niedorozwój stwierdza się czasem np. u biernych uczestników zbiorowych przestępczych wyczynów. Debile np. często dają się wciągać do tego rodzaju akcji w związku ze swą łatwowiernością i szybkim uleganiem sugestii. W kontaktach z sądem dla nieletnich (środki wychowawcze i poprawczo-wychowawcze) psychiatra dziecięcy jest przede wszystkim doradcą. Rola jego jest tu zasadniczo inna niż w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym w stosunku do oskarżonych dorosłych, ponieważ u dzieci inaczej przedstawiają się problemy odpowiedzialności. Psychiatra interesuje się nie zagadnieniem ewentualnej niepoczytalności związanej z chorobą psychiczną, lecz kwestią, czy badany przez niego młodociany osobnik osiągnął rozwój właściwy jego wiekowi. Oczywiście „osiągnięcie odpowiedniego rozwoju" rozumiemy tu bardzo szeroko, a więc interesuje nas nie tylko ewentualny niedorozwój umysłowy, ale także wszelkie nieprawidłowości struktury osobowości związane z zaburzeniami psychicznymi w szerokim sensie.

Osobnym zagadnieniem w psychiatrii dziecięcej jest sprawa leczenia rodziców. W pewnym zakresie lekarz styka się z tym zagadnieniem już wtedy, gdy próbuje wpływać na postawę rodziny (zwykle rodziców) wobec młodocianego pacjenta. Błędna postawa rodziców może oczywiście pochodzić z braku wiedzy, z dostosowywania się do panującego obyczaju, czasem jest jednak inaczej i przyczyny błędów wychowawczych mogą leżeć o wiele głębiej, a mianowicie w osobowości jednego z rodziców. Stąd czasem wypływa potrzeba leczenia nie tylko dziecka. Niektórzy psychiatrzy z zasady próbują prowadzić takie złożone, „dwupunktowe" leczenie (dwoma punktami są tu dziecko i matka). Czasami psychiatra musi o wiele głębiej ingerować w sprawy rodzinne, a przede wszystkim wszędzie tam, gdzie postępowanie rodziców zagraża zdrowiu dziecka. Klasycznymi przykładami takiej sytuacji jest wiele przypadków alkoholizmu rodziców ze wszystkimi jego skutkami w życiu rodzinnym. Psychiatria dziecięca odwołuje się wówczas do pomocy innych instytucji leczniczych (poradnia dla alkoholików), a niekiedy musi odpowiednimi drogami dążyć do przeniesienia dziecka do innego środowiska .

Zatrzymajmy się jeszcze chwilę nad dziedziną psychiatrii społecznej. Ta gałąź psychiatrii interesuje się wszystkimi powiązaniami wzajemnymi między chorym psychicznie a społeczeństwem. Zajmuje się więc badaniem przyczyn takich chorób psychicznych, w których poważną rolę odgrywają czynniki społeczne, badaniem warunków życia psychicznie chorego w społeczeństwie, badaniem liczby zachorowań wśród ogółu ludności. Interesuje się także wszystkimi sprawami prawnymi, dotyczącymi psychicznie chorego (o niektórych z tych zagadnień była już mowa w rozdz. 8). Warto jeszcze kilka słów poświęcić metodom, z których korzysta epidemiologia psychiatryczna. Ustalenie liczby chorych (lub osób z zaburzeniami psychicznymi) żyjących aktualnie w społeczeństwie, czyli częstości zaburzeń psychicznych, oraz liczby osób, które zachorowały w jednostce czasu („zachorowalność"), daje przede wszystkim orientację co do potrzeb w zakresie urządzeń służby zdrowia i ich obsady. Podobne badania

mogą służyć innym konkretnym celom, jak np. próby ustalenia związku liczby zachorowań z określonym zjawiskiem społecznym. Metody zdobywania danych tego rodzaju bywają różne. Najprostszą, ale stosunkowo najmniej ścisłą, jest ustalanie liczby osób, zgłaszających się do szpitali. Można również analizować ruch chorych w poradniach, ale i ta droga nie jest dokładna, ponieważ obejmuje tylko tych, którzy się zgłaszają sami lub sprowadzają ich do poradni inne osoby. Najbardziej ścisłych danych dostarcza badanie psychiatryczne całych grup ludności (np. na niewielkim terenie — na wyspach o małym zewnętrznym ruchu ludności) lub stosunkowo dużych grup, wybieranych losowo spośród ludności określonego miasta lub całego terenu wiejskiego. Wszystkie te badania uwzględniają całość takich zagadnień, jak wiek, płeć wykształcenie, praca zawodowa itp. albo też koncentrują się tylko na niektórych danych z tego zakresu.

Z innych zagadnień, interesujących psychiatrię społeczną, należy wymienić kwestię opieki prawnej nad psychicznie chorym. Szereg krajów posiada odpowiednie ustawy, jednak większość z nich dotyczy jedynie kwestii trybu umieszczania chorych w szpitalach psychiatrycznych. Jest to niewątpliwie ważne zagadnienie, ale równie ważne są inne: ustawowa gwarancja prawa do leczenia. do opieki i do pracy (oczywiście w granicach możliwości chorego). Większość tych zagadnień rozwiązuje jedna z najnowocześniejszych ustaw uchwalona w Anglii w 1959 r. Również i u nas istnieją odpowiednie projekty aktów prawnych.

Inne zagadnienia prawne dotyczą sytuacji psychicznie chorego wobec kodeksu karnego i prawa cywilnego. O kwestiach niepoczytalności była już mowa. Orzekanie w tych sprawach, jak również w sprawach cywilnych (zdolność do zawierania umów i wyrażania woli, ubezwłasnowolnienie, sprawy rozwodowe) należy do psychiatrii sądowej, która zresztą różni się od reszty psychiatrii jedynie zastosowaniem swoich badań. Psychiatrię sądową uważa się niekiedy za część psychiatrii społecznej w szerokim sensie.

Łączą się z tym dalsze zagadnienia, mianowicie kwestia

postępowania leczniczego w stosunku do osób, które popadły w konflikt z prawem karnym a wykazują zaburzenia psychiczne. W przypadkach chorób psychicznych (psychoz) zagadnienie jest zasadniczo proste: istnieje tylko kwestia leczenia oraz gwarancji bezpieczeństwa. Trudniej przedstawia się sprawa w różnych przypadkach zaburzeń psychicznych, które nie są chorobami psychicznymi *sensu stricto*, a jednak w niektórych przypadkach powodują z jednej strony ograniczenie poczytalności, a z drugiej — wymagają specjalnych metod rehabilitacyjno-wychowawczych, jakich więzienie nie daje. Próby nad stworzeniem właściwego modelu tego typu zakładów trwają od dawna, ostatnio pewnymi sukcesami w tym zakresie może się poszczycić Dania.

Gdy omawiamy zagadnienia psychiatrii trudno nie wspomnieć o higienie psychicznej. Stawia sobie ona następujące zasadnicze cele: 1) zapobieganie chorobom psychicznym, 2) informowanie szerokiego ogółu o problemach i możliwościach psychiatrii, 3) opiekę nad zdrowiem psychicznym ogółu ludności, 4) stosowanie „filozofii" zdrowia publicznego do psychiatrii.

Nazwa „higiena psychiczna" łączy się z ruchem społecznym, zapoczątkowanym w r. 1908 przez C. Beersa przy udziale A. Meyera w związku z założeniem Ligi Higieny Psychicznej (była o tym mowa w rozdz. 1). Od tego czasu omawiany ruch przeszedł dość dużą ewolucję. Rozrósł się organizacyjnie, zrzeszając osoby działające w psychiatrii i w wielu dziedzinach stykających się z zagadnieniami psychiatrii (psychologia, pedagogika, prawo i in.). Istnieje światowa federacja, obecnie pod nazwą Federacji Zdrowia Psychicznego — i wiele lig krajowych tego typu (w Polsce — Towarzystwo Higieny Psychicznej). Czasem terminu „higiena psychiczna" używa się na świecie dla oznaczenia instytucji zajmujących się całością zagadnień psychiatrycznych.

Przez „opiekę nad zdrowiem psychicznym" rozumie się zwykle szeroko, a nawet bardzo szeroko pomyślaną akcję, mającą zapobiegać powstawaniu warunków dla rozwoju zaburzeń psychicznych. Sprawa nie jest zbyt jasna wobec

wątpliwości co do etiologii szeregu zasadniczych typów zaburzeń psychicznych, o czym mówiliśmy w związku z zagadnieniami zapobiegania. W każdym razie w ruchu higieny psychicznej rozumie się te zagadnienia niekiedy węziej, niekiedy szerzej, a prawie zawsze na pierwszy plan wysuwa się zagadnienie metod wychowawczych, atmosfery rodzinnej, metod nauczania w szkole, często — stosunków w zakładach produkcyjnych. Wchodzi tu też w grę szerokie zagadnienie zapobiegania alkoholizmowi, kwestie warunków w instytucjach penitencjarnych, a nawet szersze zagadnienia zapobiegania przestępczości (m.in. — przestępczości nieletnich) itd.

Opieka nad zdrowiem psychicznym obejmuje również zagadnienia, którymi w mniejszym lub większym stopniu interesuje się psychiatria. Idzie tu o utrzymanie możliwie najlepszej adaptacji społecznej osobników wykazujących już pierwsze zaburzenia psychiczne. Higienę psychiczną mogą z tego punktu widzenia interesować takie zagadnienia, jak np. kwestia prawidłowego wychowania i nauczania debilów, sprawy readaptacji zawodowej np. schizofreników w okresie poprawy. Tak więc higienę psychiczną interesuje szczególnie zagadnienie zapobiegania, jednak w nieco szerszym sensie i nieco innym aspekcie niż psychiatrię (patrz rozdz. 9). Na poruszone tu tematy można by powiedzieć jeszcze wiele interesujących rzeczy, my staraliśmy się naświetlić jedynie niektóre ciekawsze i bardziej aktualne zagadnienia.

*

* *

Na zakończenie pozwolimy sobie na parę uwag ogólnych. Obecnie spory „somatyków z psychikami" (patrz rozdz. 1) należą zasadniczo do przeszłości. Ogół psychiatrów skłania się zgodnie do uznawania znaczenia różnych czynników w powstawaniu zaburzeń psychicznych. Istnieją jednak i szkoły skrajne, ale stosunkowo nieliczne, których zwolennicy rzadko chcą widzieć ze swojego punktu widzenia rzeczywiście całą psychiatrię. Staraja się oni raczej zajmować praktycznie tymi dziedzinami psychiatrii, w których zalecane przez ich szkoły podejście jest najbardziej owocne. Oczywiście istnieje również

i inny bieg rzeczy: zakres pracy, rodzaj zaburzeń psychicznych, z którymi styka się lekarz, jego dodatkowe zainteresowania — psychologiczne, biochemiczne lub inne, powodują ewentualnie nieco jednostronne spojrzenie na zagadnienia dotyczące całości psychiatrii.

Mimo że, jak powiedzieliśmy, „spory somatyków i psychików" należą do przeszłości, nie ma jednak w psychiatrii, jak świat długi i szeroki, poglądów jednolitych i uzgodnionych do najdrobniejszych punktów włącznie. Mogłoby się wydawać, że to niedobrze, że widocznie źle się dzieje w nauce, która nie może się zdobyć na poglądy powszechnie uznane. Byłoby to przypuszczenie błędne i to błędne z wielu punktów widzenia. Po pierwsze — jeżeli wolno powołać się na analogie — nie ma w tej chwili ani jednej nauki na świecie, w której niepodzielnie panowałby jeden kierunek. Nie ma takiej sytuacji ani w naukach humanistycznych, ani nawet w naukach ścisłych. Nie ma też w żadnej z dziedzin nauki stosowanej, jaką jest medycyna: ani np. w endokrynologii lub kardiologii, ani w pediatrii, ani też w chirurgii. Wszędzie istnieją różnice zarówno w dziedzinie praktycznej (metody badania i leczenia), jak i w takich zagadnieniach teoretycznych, jak etiologia i patogeneza poszczególnych spraw chorobowych.

Po drugie, można chyba twierdzić, że to dobrze, iż istnieją różnice. W przeciwnym razie nie byłoby możliwości dyskusji, a jednocześnie nie byłoby właściwie żadnych perspektyw rozwojowych. Jeżeli absolutnie „zgadzałyby się" wszelkie dane psychopatologiczne, biochemiczne, bioelektryczne i inne, oznaczałoby to, że psychiatria jest nauką zamkniętą, że problemy są rozwiązane, i że można czegoś oczekiwać najwyżej ze strony innych nauk. Tymczasem zarówno psychiatria jako całość, jak i poszczególne jej dziedziny i nauki dla niej pomocnicze osiągnęły jedynie pewien stopień przybliżenia do poznania interesujących je zagadnień. Jest to stopień przybliżenia niewątpliwie wysoki, ale przecież jeszcze nie absolutny. Analogiczna sytuacja istnieje w innych naukach.

Dalsza sprawa — to prawdopodobna pozorność niektórych sprzeczności. Jesteśmy wszyscy przyzwyczajeni do

myślenia przyczynowego, jednak może zbyt często chcielibyśmy widzieć przyczyny i skutki ułożone jakby liniowo, jedne za drugimi; pytamy często, która przyczyna jest „zasadnicza, istotna" albo nawet „jedyna". Nie zawsze można definitywnie odpowiedzieć na tego rodzaju pytania — i to nie tylko w psychiatrii. Po pierwsze — może być np. kilka przyczyn jednej sprawy chorobowej, i trudno powiedzieć, która jest „istotna", skoro wszystkie muszą zadziałać, aby zaburzenia psychiczne wystąpiły. Po drugie — przyczyny nie muszą się układać „liniowo", tzn. niewątpliwie jedna mogła zadziałać wcześniej, druga później, ale następnie utworzyło się swego rodzaju — znane z cybernetyki — sprzężenie zwrotne. Prawdopodobnie tego rodzaju sprzężenia zwrotne wytwarzają się np. między niektórymi stanami czynnościowymi gruczołów wydzielania wewnętrznego a stanami czynnościowymi ośrodkowego układu nerwowego. Podobna sytuacja może też zaistnieć między cechami rozwijającej się osobowości a sytuacją zewnętrzną. Wtedy odchylenia od przeciętnych cech osobowości powodują zmiany niektórych reakcji otoczenia (np. zmiany w zachowaniu się matki), co działa z kolei na dalszy rozwój cech osobowości itd. Sytuację komplikuje jeszcze pewna liczba czynników dodatkowych, a nie zawsze możliwe jest w tej zagmatwanej sytuacji ustalenie, jaki czynnik zadziałał najpierw. Praktycznie istotna jest raczej sytuacja aktualna i próby jej rozwiązania różnymi dostępnymi środkami, a teoretycznie — cały splot czynników, a nie jeden oderwany fakt, który rzeczywiście wydarzył się w początkowym okresie rozwoju zaburzeń psychicznych.

Zadaniem naszym nie była analiza różnic między szkołami. Chcieliśmy tylko podkreślić, że niektóre sprzeczności nie są tak wielkie jakby się wydawało, a nawet najbardziej odległe od siebie kierunki w wielu sytuacjach praktycznych zajmują niemal identyczne stanowisko.

Bibliografia

Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Warszawa 1959.

Bykow K. M. *Kora mózgowa a narządy wewnętrzne*. Warszawa 1951.

Freud Z. *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa 1957.

Kretschmer E. *Körperbau und Charakter*. Berlin 1961.

Mazurkiewicz J. *Wstęp do psychofizjologii normalnej*. Warszawa 1950.

Pawłow J. *Wykłady o czynności mózgu*. Warszawa 1951.

Pawłow J. *Dwadzieścia lat badań wyższej czynności nerwowej (zachowania się) zwierząt*. Warszawa 1952.

Spis treści

„OMEGA“ 1964

ukazały się:

1. L. Woolley *W poszukiwaniu przeszłości*
2. W. Michajłow *Ewolucjonizm a parazytologia*
3. D. G. Fink i D. M. Lutyens *Fizyka telewizji*
4. W. Stęślicka *Rodowód człowieka uzupełniony*
5. H. Melville *Duże cząsteczki*
6. J. Carles *Zapłodnienie*
7. I. Sachs *Drogi i manowce Świata „B"*
8. Z. Pawlak *Maszyna i język*
9. F. S. Zawielski *Czas i jego pomiary*
10. P. Lépine *Wirusy*
11. J. S. Bruner *Proces kształcenia*
12. Z. Jaworowski *Radioaktywność a zdrowie ludzkie*
13. J. Niegowski i W. Rydygier *Handel zagraniczny w gospodarce narodowej*
14. J. Rostand *Biologia twórcza*
15. J. Hadamard *Psychologia odkryć matematycznych*

w przygotowaniu:

17. D. Finkelsztejn *Gazy szlachetne*
18. J. Malec-Olecha *Izotopy w służbie biologii*
19. J. Chadwick *Odczytanie pisma linearnego B*
20. J. D. Williams *Strateg doskonały. Wprowadzenie do teorii gier*

Choroby psychiczne są najczęściej — nawet wśród ludzi wykształconych — tematem-tabu podejmowanym niechętnie, ze skrępowaniem albo lękiem. A przecież zaburzenia psychiczne to nie tylko schizofrenia czy niedorozwój umysłowy; to także wszelkiego rodzaju nerwice, które zwłaszcza w dobie dzisiejszej, przy wzmożonym, pełnym napięcia życiu, stały się groźnymi chorobami społecznymi. Książka niniejsza przynosi wiadomości o poglądach na istotę i pochodzenie chorób psychicznych oraz odpowiedź na pytanie, co osiągnięto w dziedzinie psychiatrii, by zapobiec ich powstawaniu i skutecznie je leczyć.

Cena w subskrypcji zł 10.—

PAŃSTWOWE WYDAWNICTWO NAUKOWE